

La Péricolite Membraneuse

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le 8 Février 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LEVEUF (JACQUES-BARTHÉLEMY)

Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Paris

Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien résident de l'Hôpital civil militarisé de Nancy (pour la durée de la guerre)

NÉ LE 28 NOVEMBRE 1885, A LIMOGES (HAUTE-VIENNE)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	WEISS, Professeur	Président.
		VAUTRIN, Professeur.	Juges.
		MICHEL, Agrégé	
		G. GROSS, Agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE BARBIER, QUAI CHOISEUL

1915



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547417_0037

LA

Péricolite Membraneuse

DU MÊME AUTEUR

Le Diverticule épiploïque droit chez le nouveau-né; ses reliquats chez l'adulte (*Revue de Chirurgie*, 10 Janvier 1914).

Voile membraneux péricolique et adhérences appendiculaires d'origine congénitale (*Bull. et Mém. de la Société Anatomique de Paris*, Janvier 1914).

Cæcum Mobile avec allongement du côlon ascendant (Dolichocôlon) (*Bull. et Mém. de la Société Anatomique de Paris*, Mars 1914),

La Péricolite Membraneuse

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le 8 Février 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LEVEUF (JACQUES-BARTHÉLEMY)

Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Paris

Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien résident de l'Hôpital civil militarisé de Nancy (pour la durée de la guerre)

NÉ LE 28 NOVEMBRE 1885, A LIMOGES (HAUTE-VIENNE)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	WEISS, Professeur	} Président.	
	VAUTRIN, Professeur. . . .		
	MICHEL, Agrégé		} Juges.
	G. GROSS, Agrégé		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE BARBIER, QUAI CHOISEUL

1915



FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. MEYER, *, I O.

Assesseur : M. WEISS, *, I O.

Doyen honoraire : M. GROSS, O *, I O

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I O ; NICOLAS, I O ; PRENANT, *, I O
BERNHEIM, O *, I O ; GROSS, O *, I O

Professeurs

Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, *, I O.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, *, I O.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, *, I O.
Hygiène.....	M. MACÉ, I O.
Physiologie.....	M. MEYER, *, I O.
Clinique médicale.....	M. SIMON, I O.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I O.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I O.
Médecine légale.....	M. PARISOT, *, I O.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I O.
Histologie.....	M. BOUIN, I O.
Anatomie descriptive.....	M. ANGEL, I O.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I O.
Clinique Médicale.....	M. ÉTIENNE, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. VAUTRIN, I O.
Pathologie interne et Pathologie générale	M. N...

Professeur adjoint

Clinique d'électrothérapie	M. GUILLOZ, *, I O.
----------------------------------	---------------------

Chargés de Cours complémentaires

Pathologie externe.....	M. N...
Clinique des maladies des vieillards...	M. RICHON, I O, agrégé.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, I O, agrégé libre.
Accouchements.....	M. FRUHINSHOLZ, I O, agrégé.
Cliniq. de chir. infantile et orthop.	M. FRÖLICH, I O, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, I O id.
Clinique des voies urinaires.....	M. ANDRÉ, I O, id.
Clinique des maladies mentales.....	M. PARIS, I O.
Médecine opératoire.....	M. MICHEL, I O, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. N...
Clinique Médicale élémentaire (1).....	M. N...
Clinique Chirurgicale élémentaire (1)...	M. MICHEL, I O, agrégé libre.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1).	M. PERRIN, A O, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1).	M. J. PARISOT, A O, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, *, I O.	MM. COLLIN, A O.	MM. BINET, A O.
LAMBERT, I O.	SENCERT, I O.	PERRIN, A O
RICHON, I O.	ROBERT, I O.	THIRY, I O.
G. GROSS, I O.	BUSQUET, I O.	FAIRISE, A O.
FRUHINSHOLZ, I O.	LUCIEN, * A O.	J. PARISOT, A O,

Agrégés libres

MM. REMY, A O, FÉVRIER, O *, I O, FRÖLICH, I O
JACQUES, I O, ANDRÉ, I O, MICHEL, I O, L. SPILLMANN, I O.

M. H. COIFFARD, I O, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

L'Université a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les imputer.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

AUXQUELS JE DOIS MA SITUATION ACTUELLE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAÎTRES ET AMIS
DE LA FACULTÉ DE NANCY

M. LE PROFESSEUR GROSS
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MICHEL
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GEORGES GROSS.

INTRODUCTION

Dans l'état actuel de l'esprit médical, tout syndrome douloureux localisé dans la fosse iliaque droite est, avant tout, rapporté à l'appendicite.

Lorsqu'une ou plusieurs crises aiguës ont évolué sous vos yeux, ce diagnostic ne saurait être mis en doute.

Il n'en est plus de même pour les états disparates groupés sous le nom d'appendicite chronique. Un malade vient-il à se plaindre de quelque douleur dans le côté droit, l'idée d'appendicite est la première qui se présente à l'esprit. Et la main qui palpe la fosse iliaque, découvrant dans la profondeur la moindre sensibilité au point de Mac-Burney, l'appendice est mis en cause et son ablation projetée.

Certains malades pressent eux-mêmes le chirurgien d'intervenir : ils n'ignorent point qu'une anesthésie de courte durée et une minime incision peuvent les délivrer de ce petit organe inutile lorsqu'il n'est pas dangereux.

Mais, dans nombre de cas, l'appendice enlevé, persistent néanmoins douleurs et troubles digestifs.

L'opéré s'étonne d'abord : on s'empresse de le rassurer et, l'engageant à poursuivre un régime, on lui promet que ces petites misères ne tarderont pas à s'évanouir.

Par malheur, les troubles se prolongent et même s'accroissent parfois après l'opération.

Et l'on a vu de nombreux chirurgiens, harcelés par leurs malades, intervenir à nouveau, enlever un ovaire qui semble kystique, explorer sans résultat une vésicule qui pourrait être calculeuse.

Aussi, dans ces dernières années, cherche-t-on à préciser les lésions du gros intestin capables de donner ces troubles persistants.

Je n'ai pas l'intention de retracer ici l'historique complet de la question; les détails pourront être puisés dans la thèse récente de mon collègue Sorrel, qui s'est efforcé de faire une synthèse des diverses théories anglaises, allemandes et américaines, lesquelles sont nombreuses et variées.

La tendance bien naturelle de chaque auteur est de faire entrer dans la dénomination de la maladie l'élément pathogénique auquel s'arrête son esprit.

De là une efflorescence de noms parfois hybrides : typhlocolite muqueuse, typhlalgie, distension du cæcum, typhlatonie, colite ptosique, typhlectasie, cæcum mobile, stase intestinale chronique, constipation chronique, péri-colite membraneuse, péritonite plastique adhésive, etc.

Il faut surtout retenir les trois grandes théories initiales :

Stase intestinale chronique de A. Lane, en Angleterre;

Cæcum mobile de Wilms, en Allemagne;

Péricolite membraneuse de Jackson, en Amérique.

Le mérite de ces auteurs a été d'enfermer les faits dans des cadres systématisés qui ont entraîné l'attention du monde chirurgical.

Mais on ne doit pas oublier qu'en France, des cliniciens avisés avaient, depuis longtemps, observé et nettement exposé des faits analogues.

En 1889, Glénard décrivait l'entéroptose et montrait le rôle qu'elle joue dans la dilatation du cæcum.

Dieulafoy, en 1906, parle à l'Académie de Médecine de « quantité de gens simplement atteints de typhlocolite muco-membraneuse ou sableuse, indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas ». Mais Dieulafoy ayant paru se proposer surtout d'établir que les malades atteints de colite n'ont pas d'appendicite, la discussion fut viciée dès le début et porta uniquement sur le rapport de ces deux affections.

En 1906, Quenu porte à la Société de Chirurgie deux observations de cæcum mobile et Potherat expose deux cas intéressants de péricolite sténosante adhésive.

Chez tous ces auteurs, on retrouve plus ou moins esquissées la sémiologie, la pathogénie, les indications opératoires qui sont à la base des grandes théories importées de l'étranger.

D'ailleurs, toutes ces théories tendent à perdre actuellement de leur intransigeance première, évolution normale due à la meilleure observation des faits.

Mais ce même désir d'unification amène certains auteurs à étendre leurs conceptions au tube digestif entier; de là, les études sur « la stase intestinale chronique ».

Nous pensons, bien au contraire, qu'il y a intérêt à étudier les troubles fonctionnels du gros intestin segment par segment, suivant en cela les conseils que donna autrefois Quenu pour l'étude des cancers coliques.

Le cæcum et la portion initiale du gros intestin méritent d'être individualisés. Tout d'abord, les troubles douloureux dans le côté droit de l'abdomen sont particulièrement fréquents. D'autre part, quelques notions rapides sur le développement, l'anatomie comparée, la physiologie, vont justifier cette distinction.

L'embryologie établit la différence d'origine entre le côlon proximal, développé aux dépens de la branche descendante de l'anse ombilicale primitive, et le côlon terminal qui fait suite au précédent, à partir du futur angle splénique du gros intestin.

L'anatomie comparée montre que, chez les différents mammifères, le régime herbivore et granivore développe considérablement le cæcum et la partie initiale du gros intestin. Les espèces qui se nourrissent de chair ont un cæcum très atrophié, parfois complètement disparu; l'homme, dont l'alimentation est mixte, possède un côlon proximal de moyenne dimension. Mais il semble que, chez lui, les influences ancestrales aient troublé l'évolution de cette partie de l'intestin; ainsi s'expliquent, sans doute, les différences considérables qui existent chez les individus dans le développement de ce segment initial du gros intestin.

La physiologie enfin, quoiqu'imprécise à l'heure actuelle, tend à établir dans le côlon proximal l'existence de mouvements péristaltiques et antipéristaltiques énergiques qui déterminent un brassage particulier du contenu intestinal en ce point du tractus digestif. Ces mouvements sont en rapport avec des phénomènes de digestion et d'absorption de certaines substances alimentaires, sur la nature desquelles les auteurs ne sont pas d'accord.

Les matières sont ensuite déversées dans le côlon distal qui joue le rôle de simple conduit d'évacuation. Les fèces, réduites en masses fragmentées, ne sont plus guère qu'un corps étranger, destiné à une prochaine expulsion.

On conçoit maintenant combien ces deux segments si distincts du gros intestin vont se comporter de manière différente dans leurs réactions pathologiques.

L'absorption considérable qui se produit dans le côlon proximal fait que la stase intestinale limitée à cette portion du conduit est fort mal tolérée.

Nous nous sommes borné à étudier les troubles fonctionnels du côlon proximal; on pourrait d'ailleurs y joindre fructueusement cette dernière partie de l'iléon, étendue du diverticule de Meckel à la valvule de Bauhin, qui dérive elle aussi de la partie descendante de l'anse ombilicale et subit l'évolution du côlon proximal. Elle se comporte, en ce qui nous intéresse, tout à fait autrement que la masse flottante de l'intestin grêle. C'est un point que les travaux d'Arbuthnot-Lane ont bien mis en évidence.

L'étude des troubles digestifs cæco-coliques, en se plaçant surtout au point de vue du traitement chirurgical qu'on y peut appliquer, est des plus complexe.

C'est à l'instigation de mon Maître, le professeur Pierre Delbet, que, depuis l'année 1912, je me suis attaché à ce sujet, observant tous les malades admis dans son service, et me livrant d'autre part à des études anatomiques dans le laboratoire du professeur agrégé Rouvière, à la Faculté.

J'étais sur le point de rassembler tous mes documents en une étude d'ensemble.

Les circonstances actuelles m'obligent à publier ce travail loin de Paris.

Aussi ne traiterai-je ici qu'un chapitre de la question : celui de la « Péricolite Membraneuse ».

Il y a d'ailleurs un gros intérêt à élucider ce point précis pour poser nettement des indications opératoires dans le traitement de cette affection que nombre d'auteurs, après Jackson, cherchent à individualiser.

Les troubles fonctionnels du gros intestin peuvent porter, soit sur la fonction chimique, soit sur la fonction motrice.

Le chimisme du gros intestin semble attirer fort peu les recherches.

La motricité est en apparence plus facile à étudier. Les troubles pathologiques qu'on y peut observer relèvent de deux facteurs :

- 1° Insuffisance de la musculature de l'intestin;
- 2° Obstacles apportés à l'évacuation du contenu.

La péricolite a été considérée comme un obstacle des plus importants, capable de déterminer, à lui seul, une série de troubles morbides.

Mais, à vrai dire, cette séparation des différentes fonctions est purement artificielle au point de vue pathologique.

Les troubles de la fonction motrice entraînent plus ou moins vite une modification de la fonction chimique du gros intestin.

Par contre, les inflammations retentissent, profondément parfois, sur la musculature du tube digestif et sur son revêtement péritonéal.

Aussi est-il très délicat de déterminer le point de départ des troubles fonctionnels observés.

On a voulu faire de la péricolite un état pathologique bien défini, entraînant un traitement déterminé : la section de la membrane.

Mais l'expérience vint bientôt révéler les échecs fréquents de ce traitement aussi simpliste que la conception qui avait déterminé son emploi.

C'est en étudiant la pathogénie de ce syndrome qu'on peut arriver à instituer des indications opératoires rationnelles capables d'entraîner une guérison définitive.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans sa première publication, Jackson n'envisageait qu'un seul type de lésions pour lequel il créa le terme de péricolite membraneuse. Dans la suite, cette dénomination devait s'étendre à une série de voiles, membranes ou ligaments observés autour des côlons.

Le chirurgien américain eut son attention attirée vers l'importance pathogénique de la membrane dans les circonstances suivantes :

Une de ses anciennes opérées d'appendicite souffrait encore ; il crut l'ovaire droit malade et l'enleva. Les douleurs persistant, il enlève l'autre ovaire qui était sain. Mais il remarque, au cours de cette dernière intervention, l'existence d'un voile membraneux tapissant le côlon au-dessus du cæcum. Ne connaissant pas encore l'importance de cette lésion, il referme l'abdomen. La malade souffrait toujours.

Fig. I. — Femme de 32 ans



PÉRICOLITE MEMBRANEUSE

Pièce d'autopsie dessinée par

H. FRANTZ

d'œdème se trouve sous la délicate membrane et ne rappelle rien aussi bien qu'une arachnoïde œdémateuse rencontrée si souvent en enlevant la dure-mère du cerveau d'un alcoolique.

Le côlon semble placé dans un sac diaphane légèrement trop court pour le contenir sans le plisser.

Au commencement de la flexure hépatique, la membrane contractée angule le côlon contenu.

De ci, de là, sont des taches de graisse au-dessous du voile.

En remuant la pièce, le côlon glisse dans son sac sans entière liberté, comme un fœtus dans son sac amniotique ».

Une telle formation m'a paru extrêmement fréquente, et sur trente-cinq autopsies pratiquées au hasard dans les pavillons de dissection de la Faculté, je l'ai rencontrée onze fois tout à fait bien développée.

Sur le cadavre d'une jeune femme de 32 ans (*figure 1*), morte de tuberculose pulmonaire, on retrouvait tous les détails minutieusement décrits par Frank Hall : aspect mince et séreux, vaisseaux déliés à direction parallèle, bandes de tissu connectif. Ajoutons que partout ailleurs, le péritoine était blanc, lisse, indemne de toute lésion. Pendant la vie, on n'avait, chez la malade, remarqué aucun signe d'entérite.

Dans trois cas seulement, et toujours sur les femmes, j'ai rencontré, mais moins bien développée, cette fine vascularisation qui semble caractéristique.

Jackson ne pensait pas que la membrane de péricolite qu'il décrivait puisse être assimilée aux adhérences juxta-cæcales dont A. Lane avait montré, quelque temps aupa-

ravant, la fréquence dans le syndrome de la stase intestinale chronique.

Le chirurgien anglais décrit la disposition suivante :

« Lorsque le cæcum est prolabé dans le petit bassin, il s'établit le long du côlon ascendant une série d'*adhérences* anormalement développées entre le bord externe du gros intestin et le péritoine adjacent de la paroi postérieure de l'abdomen. A la partie inférieure, ces adhérences s'étendent sur le cæcum jusqu'à l'appendice dont elles envahissent le tiers ou la moitié de la portion proximale. ».

C'est, pour cet auteur, un méso-appendice acquis tout à fait distinct du mésentère normal de cet organe. A la jonction du segment fixe et du segment encore mobile de l'appendice s'établit une coudure, surtout accentuée dans la station verticale.

On considère à l'heure actuelle que les adhérences de Lane et la membrane de Jackson ne sont qu'une seule et même formation.

Mais les ligaments néoformés que Lane appelle « bandes d'évolution » sont, dans la règle, dépourvus de toute vascularisation. Ce serait un moyen pratique pour les distinguer des adhérences inflammatoires dont les vaisseaux sont « généreusement développés » (Baimbridge).

« Cependant, dans les cas avancés, dit Lane, les adhérences seraient remplacées par un mésentère dans lequel sont contenus des vaisseaux d'un certain calibre ».

Mais il est un point sur lequel les deux auteurs ne sont nullement d'accord : c'est en ce qui concerne les relations du voile péricolique et de l'appendice. Pour Lane, l'ap-

pendice est habituellement intéressé; pour Jackson, il ne l'est jamais.

Dans mes examens anatomiques, je n'ai jamais vu la membrane type de Jackson (dont j'exposerai plus loin la nature exacte) dépasser un point correspondant à l'abouchement du grêle dans le cæcum. Mais dans 6 cas, j'ai retrouvé des adhérences appendiculaires tantôt en arrière du cæcum, tantôt à la face postérieure du mésentère, tantôt à la fosse iliaque. Le mot « adhérences » invoque l'idée de modifications inflammatoires; mais dans tous ces cas, l'appendice, nullement modifié, paraissait simplement sous-séreux. Il me sera facile de démontrer que cette disposition est une anomalie de développement.

Cette fixation congénitale de l'appendice existait une fois en même temps qu'un voile membraneux. Ce sont là, d'ailleurs, deux éléments distincts : l'étude pathogénique affirmera la valeur de ces idées.

Les figures données par Flint, par Baimbridge, comme caractéristiques des lésions décrites par Lane, ne semblent pas différer des constatations anatomiques que j'ai pu faire : coïncidence de membrane de Jackson et d'adhérences appendiculaires congénitales.

Mais certaines constatations opératoires ne sont pas toujours comparables. Sur 23 observations de troubles cæco-coliques prises dans le service de mon Maître Pierre Delbet, on relève, dans le protocole de l'opération, 6 fois l'existence de minces toiles vascularisées. Chez deux malades, le voile englobait le fond du cæcum et la base de l'appendice.

Jalaguier avait, depuis longtemps déjà, remarqué la

présence de sacs séreux enveloppant le cæcum au cours d'opérations pour appendicite chronique.

Walther, dans la statistique donnée au XXIV^e Congrès de Chirurgie, signale l'existence de lames séreuses analogues 104 fois sur 1.453 appendicectomies.

Cet englobement du cæcum et de l'appendice est, pour Hofmeister, presque toujours constant. « Le cæcum et une partie plus ou moins étendue du côlon ascendant montrent une couverture de tissu conjonctif fin, une sorte de voile hyperhémique qui se laissent soulever avec la pince en plis. Lorsqu'on coupe le pli soulevé, la séreuse apparaît en dessous. L'étendue de ces voiles est très changeante : ils peuvent former un sac autour du cæcum et passer sur l'appendice et son mésentère ».

Ces constatations opératoires sont précises, mais en désaccord avec les données de Jackson et mes recherches anatomiques. C'est un point dont il faudra tenir compte dans la discussion pathogénique.

Dans un article récent, *Jackson étend la topographie de la péricolite membraneuse* :

« Tantôt la membrane vient du péritoine pariétal, juste en dessus du cæcum, et se dirige directement en haut pour disparaître sous le foie en se confondant avec la couche supérieure du mésocôlon transverse. Tantôt elle semble attachée à la face inférieure du foie bien en avant de la réflexion normale du péritoine. Parfois, elle s'étend presque sur le côlon transverse, qui, dans un cas, était attiré en bas par la membrane, et pratiquement le côlon descendant était parallèle au cæcum ».

La région de l'angle sous-hépatique est devenue l'ob-

jet de la plus grande attention de la part des auteurs qui se sont occupés des troubles cæco-coliques au point de vue du traitement chirurgical. On en fait pour ainsi dire le lieu d'élection de la péricolite. Lane avait déjà longuement insisté sur l'importance des adhérences localisées en ce point.

« C'est, dit-il, une véritable bande ancrante attachée au rein et à la paroi abdominale située immédiatement en dehors de la flexure fixée à ce niveau plus étroitement qu'à l'état normal ».

Dans sa statistique, au Congrès de Chirurgie, Walther signale 71 fois des adhérences à l'angle droit du côlon, 15 fois des brides au-devant du rein.

Tripier et Paviot avaient autrefois rencontré au cours d'autopsies des adhérences sous-hépatiques extrêmement fréquentes. Les voyant souvent irradier de la vésicule biliaire, ces auteurs en avaient déduit une pathogénie très spéciale.

Plus récemment, Isaacs donne le nom de péricolite à de larges nappes vélamenteuses partant du foie et de la vésicule et venant plisser le pyllore, l'angle colique droit et le gros intestin avoisinant.

C'est là singulièrement élargir la topographie de la péricolite membraneuse.

Ces adhérences de l'angle sous-hépatique ne manquent pour ainsi dire jamais chez les sujets normaux. Leur développement est très variable, mais toutes, normales ou soi-disant pathologiques, peuvent être rattachées à l'une des trois formations suivantes :

1° Ligament hépato-colique, prenant une large insertion en avant du rein et s'étendant fréquemment jusqu'au

foie en avant du point où le péritoine se réfléchit sur la face inférieure de cet organe;

2° *Lame fixatrice du coude* (Buy) tendue entre les deux branches de la flexure hépatique;

3° *Ligament cystico-duodéno-épiploïque* (Ancel et Sencert) qui, comme son nom l'indique, irradie de la vésicule pour gagner le duodénum, le grand épiploon, venant souvent tapisser l'angle colique droit. Lorsqu'il est bien développé, ce ligament forme la paroi antérieure de l'entonnoir prévestibulaire dont la paroi postérieure est représentée par le ligament hépato-colique. Cet entonnoir mène à l'hiatus de Winslow, dont il masque l'entrée.

Tous ces ligaments ont l'aspect vélamenteux que Jackson donne comme caractéristique de la péricolite membraneuse.

Ils sont parfois aussi vascularisés : Cunéo en a montré un fort bel exemple à la Société de Chirurgie (14 juin 1913), insistant sur la disposition des vaisseaux qui est presque verticale, alors que ceux de la membrane de Jackson ont une direction plutôt horizontale.

Mais, plus souvent qu'à la partie initiale du côlon ascendant, on rencontre, au cours d'opérations, des tractus cicatriciels rendant plus denses ces ligaments si souples chez les sujets normaux. Ces brides sous-tendent en particulier l'angle sous-hépatique dont elles accolent plus ou moins étroitement les deux branches en « canon de fusil ».

On voit, en résumé, que la péricolite membraneuse a deux sièges d'élection : partie initiale du côlon ascendant, flexure sous-hépatique.

Elle peut être localisée exclusivement à l'un de ces points, mais il n'est pas rare de voir coïncider les deux

ordres de formations, qui revêtent alors l'aspect d'une lame continuë.

Mes recherches ont montré sur 35 cas :

15 fois coïncidence des deux groupes de ligaments;

11 fois les ligaments étaient limités à l'angle;

4 fois la membrane de Jackson (qui n'est autre qu'un ligament pariéto-colique très étendu) existait seule.

La continuité des membranes péricoliques avec le bord droit du grand épiploon a été remarquée par quelques auteurs.

Jackson n'en cite qu'un seul cas : « La membrane se continuait avec le grand épiploon sur une largeur de deux pouces, juste au-dessus de l'abouchement iléo-cæcal ».

Crossen, dans les trois cas de péricolite membraneuse qu'il rapporte, trouve chaque fois une continuité du voile et de l'épiploon. Elle se fait sous forme de brides précoliques dans les cas I et III. Mais dans l'observation II, il s'agit d'une continuité linéaire bord à bord entre la membrane et l'épiploon.

Flint, Wilkie, Isaacs citent des dispositions analogues.

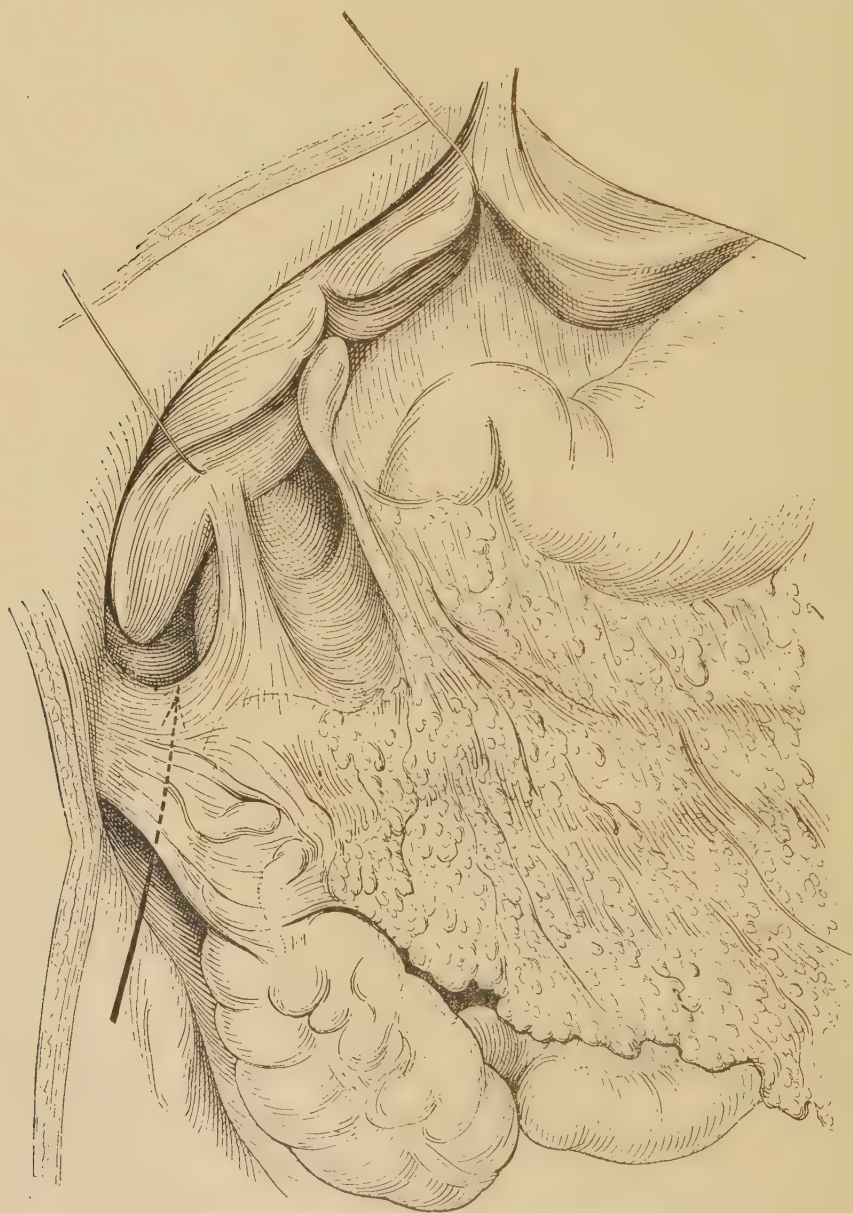
Walther (thèse de Haller) distingue plusieurs sortes d'adhérences en avant du côlon droit, soit de l'épiploon lui-même, soit de brides fibreuses en continuité avec l'épiploon : elles existent parfois au niveau de son origine (cylindres précoliques), le plus souvent au niveau de l'angle, véritable lieu d'élection, où l'on peut rencontrer :

1° L'épiploon rétracté;

2° L'épiploon se continuant avec des adhérences qui s'étendent jusqu'à la vésicule et la face inférieure du foie;

3° L'épiploon se continuant avec la lame d'accrolement

Fig. 12. — Femme de 25 ans.



Voile séreuse tapissant la flexure hépatique, prolongé par un ligament hépato-colique et un ligament cystico-duodéno-épiploïque.

Belle observation de *continuité parfaite du grand épiploon et des voiles.*

(Comparer avec les fig. 6 et 8 : diverticule épiploïque droit chez le nouveau-né.)

qui maintient juxtaposées les deux branches de la flexure hépatique « en canon de fusil ».

Nous verrons tout l'intérêt que présente au point de vue pathogénique la disposition de l'épiploon dans le côté droit de l'abdomen. Elle est sujette à de grandes variations, mais peut être ramenée aux types suivants :

a) Le bord droit du grand épiploon se continue par un voile séreux précolique tapissant l'intestin, la flexure sous-hépatique jusqu'en un point plus ou moins rapproché de l'angle iléo-cæcal. La transition ne se fait pas brusquement, mais les lobules graisseux du grand épiploon deviennent de plus en plus rares au point de ne former que quelques traînées jaunâtres se perdant progressivement sur le voile.

Mes observations anatomiques m'ont montré cette disposition dans trois cas. L'un d'entre eux, extrêmement intéressant, a été recueilli sur le cadavre d'une jeune femme de 25 ans (*fig. 2*). On y voit la continuité parfaite de l'épiploon avec une membrane de Jackson, un ligament hépato-colique et un ligament cystico-duodéno-épiplœique;

b) Le bord omental droit vient se fusionner avec un ligament de l'angle; c'est là une disposition fréquente que j'ai rencontrée sept fois;

c) Il convient de rapprocher de ces cas ceux où le grand épiploon lui-même vient tapisser le côlon, s'attachant en dehors de lui sur le péritoine pariétal, où il prend une insertion linéaire de hauteur variable.

Mais parfois le grand épiploon s'arrête sur la face ventrale du côlon, le long de la bandelette antérieure. Des faits de cette nature, décrits par Flint, Wilkie, comme

pathologiques, ont été retrouvés sur trois sujets. Une fois, l'adhérence existait sur toute la hauteur du bord droit; dans deux cas, on ne voyait qu'une simple bride épiploïque, de un à deux centimètres de haut, venir se fixer sur la bandelette antérieure.

Enfin, dans une observation fort curieuse, le grand épiploon tapissait le côlon au niveau de l'angle sous-hépatique, allant prendre insertion sur le péritoine pariétal. Mais, plus bas, le bord omental droit s'insérait sur l'intestin lui-même, le long de la bande antérieure jusqu'au niveau de l'angle iléo-cæcal.

Chez tous ces sujets, l'insertion de l'épiploon ou du voile péricolique en continuité avec lui, se faisait suivant une ligne régulière, soit sur le péritoine pariétal, soit le long de la bandelette antérieure du côlon.

Il en est tout autrement dans le cas d'adhérences épiploïques que l'on voit survenir à la suite de poussées inflammatoires aiguës. Elles sont fort irrégulières et surtout n'ont aucune topographie précise, venant se fixer en des points quelconques de l'intestin ou du péritoine pariétal, souvent même au péritoine de la paroi antérieure de l'abdomen.

Dans cet exposé anatomo-pathologique de la péricolite membraneuse, j'ai mis en parallèle des lésions présentées comme pathologiques par les auteurs, et le résultat de recherches anatomiques. Un tel rapprochement paraît, au premier abord, tout à fait anormal : je ne l'ai fait que dans la mesure où les formations cadavériques reproduisaient exactement les membranes de péricolite telles qu'elles ont été décrites ou même dessinées.

Une bonne observation anatomique de la région eut évité

à beaucoup des erreurs d'interprétation parfois considérables.

Voyons maintenant *dans quelle mesure le calibre de l'intestin peut être modifié par la présence d'une membrane de péricolite*. C'est le point important de la question. L'idée d'un obstacle mécanique est à la base de la plupart des théories : les chirurgiens ont coutume d'attribuer une grande valeur aux lésions visibles lors de l'intervention. Aussi, Lambret disait-il à la Société de Chirurgie : « Le dernier mot appartient toujours aux constatations opératoires qui, seules, nous mettent en évidence ptoses, dilatations, brides et membranes ».

Au niveau du côlon ascendant la membrane agirait de deux manières :

Lorsqu'elle n'englobe pas entièrement l'intestin (et c'est, rappelons-le, la règle d'après Jackson), elle détermine à son point d'insertion sur le côlon des plis fixes qui diminuent la lumière intérieure, gênant par suite la circulation des matières.

Mais si le côlon ascendant est recouvert complètement par le voile, il se produit une compression uniforme de l'intestin sous-jacent : toute expansion paraît dès lors impossible.

Des brides cicatricielles viennent parfois déprimer, en profonds sillons, la surface du tube colique : cela se traduit, à l'intérieur, par des éperons plus ou moins sailants, véritables barrages s'opposant à la progression du contenu intestinal. C'est, suivant l'expression d'Hofmeister, « un ficelage qui devient particulièrement apparent lorsqu'on tire le côlon vers le bas. Il est parfois étonnant de voir un intestin qui, au préalable, n'avait pas du tout

l'aspect dilaté, se développer et s'allonger après séparation des voiles ».

De telles membranes rétractées et cicatricielles semblent néanmoins être l'exception : tous les voiles observés dans le service de mon Maître Delbet étaient minces, légers et n'influaient en aucune façon sur le calibre de l'intestin sous-jacent.

D'ailleurs, dans les articles publiés, les mots de voile fin, sac séreux, reviennent pour ainsi dire régulièrement. Jackson insiste sur ce fait que la membrane ne ressemble jamais à des adhérences ordinaires : c'est un « mince ptérygium » que l'on peut, sans la moindre difficulté, séparer de l'intestin.

Il est vraiment difficile de concevoir que des tissus aussi délicats puissent former un obstacle mécanique réel.

Aussi, dans son récent article, Jackson attire-t-il particulièrement l'attention sur les modifications de calibre du côlon au niveau de la flexure sous-hépatique. C'est le point où l'angulation du côlon droit est la plus marquée. En cela, l'auteur américain abonde dans le sens de Lane, qui donne aux coudures un rôle prédominant dans la genèse des troubles fonctionnels chroniques de l'intestin. Grâce à cette « bande ancrante » qui, nous l'avons vu, se développe pour maintenir le coude du côlon, les deux branches de l'angle viennent se juxtaposer, se fermant à la manière d'un compas. Cette angulation, dans la plupart des cas, n'est visible que chez le sujet debout. Dans le décubitus dorsal, position d'examen opératoire et autopsique, le compas s'entr'ouvre : la coudure n'existe plus qu'en « puissance ».

Plus tard, des adhérences s'établissent entre les deux

branches de la flexure. L'accolement « en canon de fusil » du côlon ascendant et de la partie initiale du transverse est alors permanent : la coudure de l'intestin, qui diminue sa perméabilité sans l'entraver complètement, demeure fixe, immuable. C'est en cela que la péricolite de l'angle (précisons, le ligament fixateur du coude de Buy) joue un rôle prépondérant.

Cette notion de coudure de l'angle sous-hépatique se retrouve dans Virchow. Puis l'angle splénique attire davantage l'attention des chirurgiens (Adenot, Quenu, Legueu).

Cependant, Potherat décrit à la Société de Chirurgie un cas typique d'angulation pathologique du coude droit.

Il faut arriver à Lane et Hofmeister pour que cette lésion soit systématisée.

Dans cette question de l'accolement des branches de la flexure hépatique, il faut distinguer plusieurs facteurs :

- 1° Le ligament suspenseur ;
- 2° La mobilité de la partie initiale du transverse ;
- 3° Le ligament de l'angle.

Mon Maître Pierre Delbet insistait sur ce point au cours d'une discussion récente à la Société de Chirurgie.

La présence d'un ligament suspenseur ne saurait être en elle-même pathologique ; bien au contraire, si son rôle de suspension est réel, il doit maintenir écartées les deux branches de l'angle. Pour qu'il en soit autrement, il faudrait que le point d'attache fût réduit à une insertion linéaire au sommet même du coude, ce qui n'a jamais été observé à ma connaissance, le ligament venant irradier en éventail sur toute la flexure.

Dans quelle mesure faut-il invoquer le rôle de la mobi-

lité anormale du gros intestin dans cette angulation du coude hépatique ?

Hofmeister écrit : « Lorsque le côlon ascendant est tiré vers le bas (et cela a lieu à chaque gonflement cæcal), les cordes du voile précolique sont tendues en biais au-dessus de l'intestin et, grâce à elles, l'effet de la traction est augmenté. Lorsqu'il s'y joint encore, comme cela se produit si fréquemment chez nos malades femmes, une ptose du côlon transverse, les conditions de passage deviennent encore plus défavorables par suite de la courbure à angle aigu du coude hépatique. »

Nous nous éloignons quelque peu du strict sujet de la péricolite, mais cette question de l'angulation sous-hépatique doit être ici complètement élucidée.

Là encore il est utile de partir de l'anatomie normale.

On considère actuellement (je ne puis insister davantage sur ce point) que l'angle droit est directement fixé en avant du rein : les deux branches en sont la terminaison du côlon ascendant et la première partie, ou anse droite, du côlon transverse, étendue plus ou moins horizontalement jusqu'à la deuxième portion du duodénum. Normalement, l'angle sous-hépatique est ouvert quoiqu'à un degré variable. Mes examens anatomiques chez l'enfant et l'adulte ont confirmé cette manière de voir.

L'angulation serait donc un phénomène pathologique.

Lane déclare expressément que la coudure n'apparaît que dans la station verticale. Il est logique de penser que ceci ne peut se produire que grâce à la mobilité anormale de la première anse du transverse venant se juxtaposer au côlon ascendant.

A vrai dire, il existe toujours un certain degré de mobi-

lité de l'intestin, même lorsque la dissection ne montre aucune trace de méso.

J'ai bien essayé de mettre des cadavres dans la position verticale; mais, le ventre ouvert, la tension abdominale est supprimée. Au surplus, intestin, péritoine, ligaments du foie, rein, perdent après la mort leur tonicité et leur statique normale. Il est difficile de tirer quelque conclusion valable de ce mode d'examen.

Mais les données anatomiques de la radioscopie deviennent extrêmement utiles. Dans le service du docteur Enriquez, où j'allais examiner mes malades aux rayons X, Gaston Durand et Carrié, assistants du service, m'ont déclaré que cette angulation s'observe pour ainsi dire constamment (il me serait facile, à Paris, de donner sur ce point une statistique précise, en compulsant les nombreux schémas radioscopiques du service Enriquez). J'ai pu, d'ailleurs, le constater moi-même lors d'examens radioscopiques.

Dans ces conditions, n'est-il pas juste d'estimer que la radioscopie, anatomie vivante, doit prendre le pas sur l'anatomie du cadavre. L'angulation de la coudure sous-hépatique est donc absolument normale dans la station verticale.

D'ailleurs, dans les conditions ordinaires, l'angle s'ouvre soit lorsqu'une pression de la main en écarte les deux branches, soit en plaçant le sujet dans le décubitus horizontal.

Pour que l'angulation soit pathologique, il faut l'intervention d'un troisième élément: la lame fixatrice du coude.

Buy l'a décrit comme une formation acquise, n'existant

pas chez le nouveau-né. Klose en donne une figure très caractéristique sous le nom de péricolite consécutive à une typhlite chronique.

Que ce ligament soit isolé ou en continuité avec une péricolite membraneuse de l'angle, tous les auteurs lui font jouer un rôle considérable.

Nous avons vu dans quelle proportion se rencontre la lame fixatrice du coude chez les sujets normaux. Plus loin, je discuterai son origine et montrerai qu'on retrouve ces ligaments parfaitement développés chez le nouveau-né.

Cette lame ne saurait donc en elle-même être pathologique. Il faut l'addition d'un facteur nouveau, sa rétraction cicatricielle et la présence de brides fibreuses unissant étroitement les deux branches de l'angle sous-hépatique.

Une telle constatation opératoire est fort rare (Jackson, Hofmeister en ont vu chacun un seul cas); mais c'est la seule pathologique.

Cette étude anatomo-pathologique montre dès maintenant combien il semble difficile d'admettre que la majeure partie de ces péricolites de l'angle puissent influencer sur le calibre de l'intestin sous-jacent. C'est d'ailleurs l'opinion de Mollisson et Cameron qui, sur 50 autopsies, ont vu 14 fois des tractus au niveau de l'angle sous-hépatique et nient formellement que cela seul puisse entretenir la constipation.

Il nous reste à envisager *quel est l'état du gros intestin en amont de ces voiles de péricolite*.

Jackson fait cette simple remarque : « Le cæcum, qui n'est jamais entouré par la membrane, est distendu ».

Cette dilatation cæcale avait été depuis longtemps

observée par les chirurgiens. Pour ceux qui voient dans la péricolite un obstacle léger mais permanent, le cæcum passe par deux phases. Luttant d'abord contre l'obstacle, il s'hypertrophie. Puis, au bout d'un temps plus ou moins long, la musculature du cæcum se laisse forcer. C'est la typhlectasie symptomatique que certains, avec Lardennois, opposent à la typhlectasie essentielle.

Hofmeister décrit avec beaucoup de soin cette distension secondaire du cæcum qui, alourdi par le poids des matières fécales, descend vers le bassin. d'où mobilité cæcale anormale.

Dans d'autres cas, dit-il, le cæcum est fixé en position normale ou même anormalement haute, et c'est le côlon ascendant distendu qui pend en avant du cæcum immobile.

Enfin, le cæcum et le côlon ascendant adjacent sont parfois dilatés sans mobilité anormale.

Mais quelle que soit sa mobilité, le cæcum distendu possède, d'après Hofmeister, des parois considérablement hypertrophiées. L'augmentation de volume de l'intestin ne se ferait nullement aux dépens de la force de sa musculature : sa contractilité serait même augmentée. C'est en exécutant des typhlotransversostomies que l'auteur a pu se rendre compte de ce fait.

Il faut ajouter qu'Hofmeister a toujours observé les ganglions iléo-cæcaux hypertrophiés et en état d'inflammation chronique nette. C'est un point dont il y aura lieu de tenir compte dans la discussion pathogénique.

A la Société de Chirurgie, Duval et Roux ont déclaré :
« La péricolite membraneuse présente un cæcum immo-

bile, moins distendu qu'au cas de cæcum mobile primitif ou de cæcotyphlite ».

Mon Maître Delbet opposait à cette affirmation ses données opératoires qui lui avaient montré, dans de nombreux cas, un cæcum très mobile coïncidant avec un voile membraneux parfaitement développé.

Au cours de la discussion, Cunéo dit : « Plus de 30 examens cliniques complétés par des explorations radioscopiques et contrôlés par des constatations opératoires attentives, me permettent d'affirmer qu'une péricolite membraneuse très intense peut coexister et coexister en fait le plus souvent avec un cæcum très mobile. »

Il est indispensable de citer l'opinion de ces différents auteurs pour montrer combien les vues manquent d'unité sur ce point.

Tous admettent la modification de calibre du cæcum qui est distendu.

Sa paroi est le plus souvent mince, flasque, d'une coloration spéciale bleutée « *Lepto-cæcum* », suivant l'appellation de Pierre Delbet qui l'oppose au cæcum rouge et épaissi « *Pachy-cæcum* ».

Enfin, la mobilité anormale du cæcum, lors de péricolite, semble la règle; la fixité, l'exception.

Mais il faut prendre également en considération la longueur du tractus intestinal sous-jacent : l'allongement du côlon ascendant (*dolichocôlon*), certainement d'origine congénitale, doit entrer en ligne de compte lorsqu'on discute les indications opératoires.

Nous ne pouvons ici nous étendre plus longuement sur ces diverses notions extrêmement intéressantes.

Cet aperçu rapide montre que la péricolite ne peut

entrer seule en ligne de compte lorsqu'on cherche à apprécier son rôle dans la pathogénie des troubles douloureux localisés au côté droit de l'abdomen.

L'état des parois, la mobilité, la longueur du segment cæco-colique, peuvent être et sont toujours également modifiés.

Nous verrons la valeur de ces altérations en discutant la pathogénie de l'affection.

Mais on conçoit fort bien que mon Maître Cunéo ait pu dire à la Société de Chirurgie : « Je crois que, jusqu'à nouvel ordre, il ne faut attacher qu'une importance très relative aux lésions anatomiques dont les conséquences fonctionnelles ne sont pas encore établies et dont la nature même est discutable ».

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la péricolite membraneuse a donné lieu à de nombreuses controverses : à l'heure actuelle, d'ailleurs, l'accord est loin d'être fait entre les différents auteurs.

Deux points doivent être successivement étudiés :

1° Quelle est la nature du voile ;

2° Dans quelle mesure la membrane péricolique peut-elle être la cause des troubles cæco-coliques observés.

Cette discussion portera seulement sur les divers types de péricolite membraneuse qui, tous, diffèrent complètement des adhérences inflammatoires irrégulières qu'on rencontre sur le côlon droit comme en tout autre point de l'abdomen.

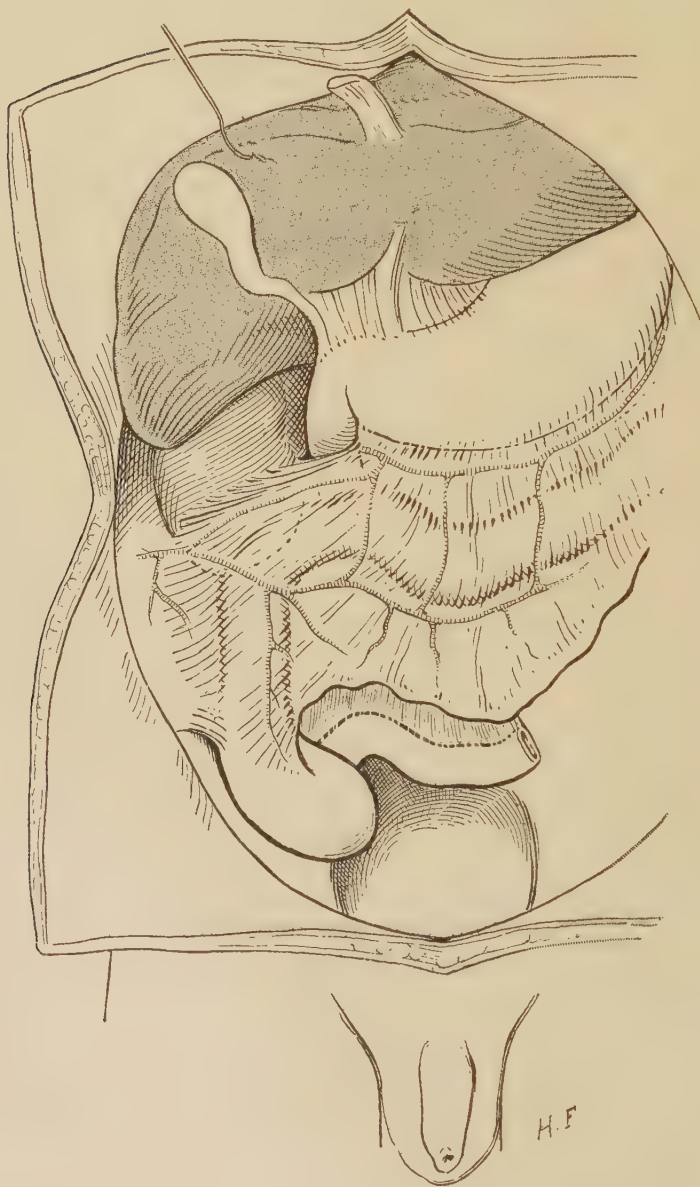
Trois ordres de théories ont été émises :

1° Théorie mécanique ;

2° Théorie congénitale ;

3° Théorie inflammatoire.

Fig. 3. — Enfant masculin, treize mois (obs. I).



Diverticule épiploïque droit bien développé tapissant le côlon ascendant et l'angle sous-hépatique du côlon. La vascularisation est ici particulièrement apparente.

Théorie Mécanique

Elle a été longuement décrite par Lane, dont les idées sont, à l'heure actuelle, universellement connues.

L'homme n'a pas un organisme créé pour la station verticale qu'il garde pendant la plus grande partie de la journée. L'intestin, mal fixé, a tendance à subir les effets de la pesanteur. Pour s'opposer à cette chute, se développent en certains points des « adhérences mécaniques » qui vont fixer l'intestin à la paroi. Dans les cas avancés, ces adhérences sont remplacées par un méso dans lequel des vaisseaux de quelque importance sont contenus.

Ce sont des « bandes d'évolution », suivant l'expression de Baimbridge, qui ne traduisent qu'une « réponse mécanique à une demande physiologique ».

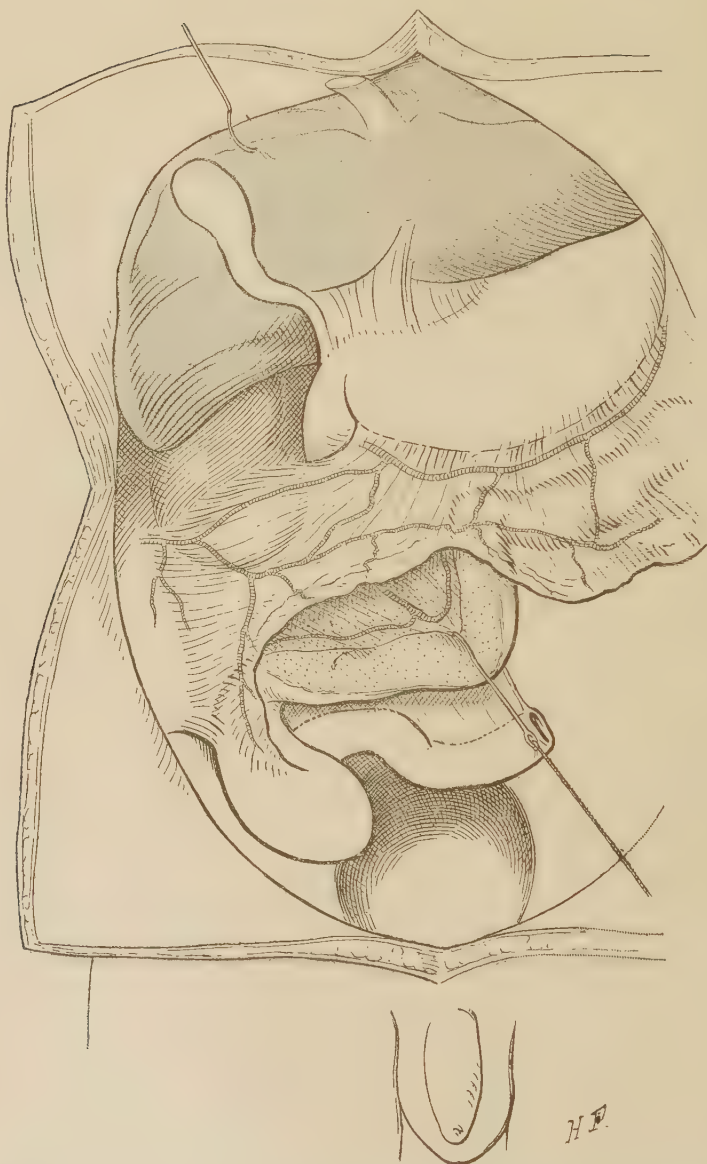
Dans les cas pathologiques, ces ligaments ne s'opposent qu'imparfaitement à la ptose, d'où l'apparition de courbures gênant la circulation du contenu intestinal : la stase intestinale chronique apparaît.

Il n'est pas possible d'admettre les idées tout à fait hypothétiques de Lane sur la nature des ligaments péricoliques. L'exposé des données sur lesquelles s'appuient les théories suivantes, justifiera cette allégation.

Théorie Congénitale

Lorsque je me suis attaché à démontrer la nature congénitale de la péricolite membraneuse, quelques auteurs soupçonnaient cette origine, mais sans en apporter de preuve indiscutable.

Fig. 4. — Même sujet que figure 3.



Le diverticule avec ses vaisseaux a été décollé de l'intestin sous-jacent. L'angle sous-hépatique du côlon a été ensuite détaché de la paroi et rabattu en bas. On voit les artères coliques indépendantes des vaisseaux du diverticule.

Pierre Duval avait écrit, en 1910 : « La première variété de péricolite, spéciale par son étendue, sa disposition en voiles, l'absence de caractères inflammatoires, est peut-être une malformation péritonéale analogue à celle que l'on trouve sur le bord gauche du côlon lombo-iliaque gauche et qui sont des stigmates de son accolement tardif à la paroi abdominale postérieure. Les éléments me manquent pour discuter cette hypothèse en elle-même rationnelle ».

Mayo pense (S. G. *Obst.* 1911) que la formation de la membrane de Jackson est en rapport avec la rotation de l'intestin et la descente du cæcum « qui trouve son chemin, pour ainsi dire, à travers le péritoine ».

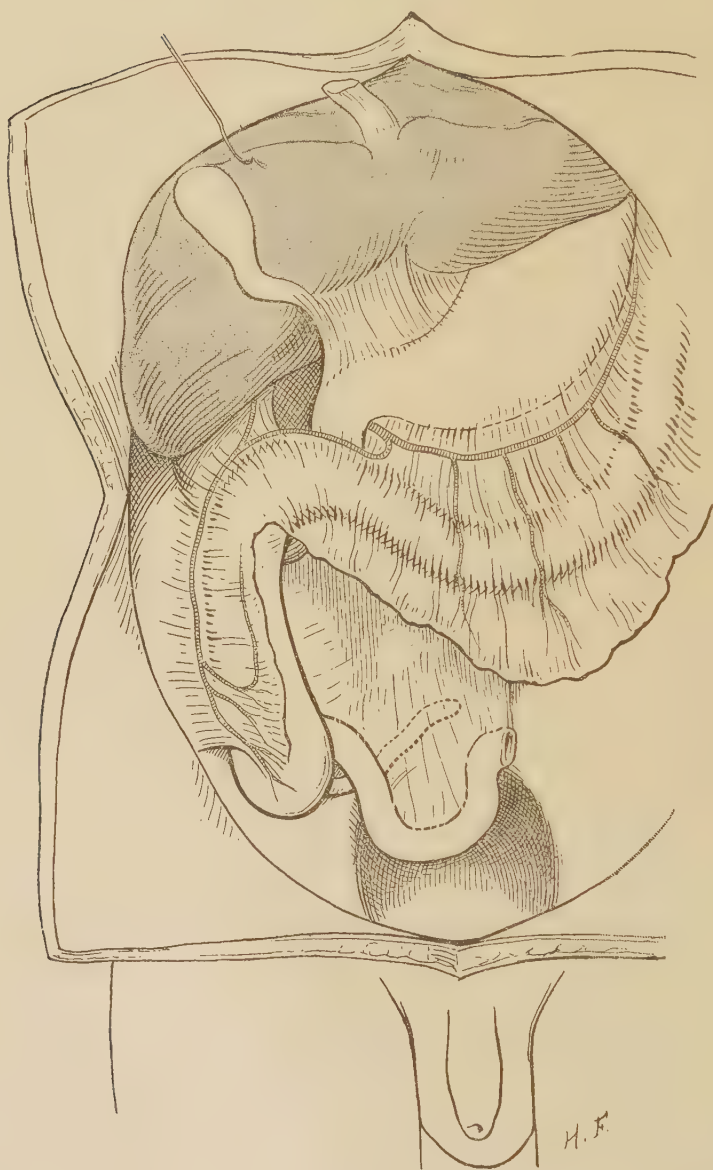
Bien plus précises sont les idées de Cotte, qui discute l'origine congénitale de la péricolite membraneuse et pense qu'elle représente le reliquat d'un diverticule épiploïque droit anormalement développé. Cette pathogénie lui semble, à la rigueur, défendable, mais ne s'appliquerait qu'à quelques cas exceptionnels.

Aucune donnée anatomique ne vient d'ailleurs appuyer ses idées.

Ce sont des recherches de cette nature auxquelles je me suis livré dans le courant de l'année 1913. Mon travail était entièrement terminé lorsque je pris connaissance d'un article de Flint, qui cherche également à démontrer l'origine congénitale de la péricolite, mais dont les opinions sont tout à fait différentes de celles que j'ai émises dans l'article publié le 1^{er} janvier 1914 dans la *Revue de Chirurgie*.

Mes recherches bibliographiques m'obligent à dire que Gray et Anderson, Eastmann, Connell en Amérique, ont

Fig. 5. — Nouveau-né masculin, 56 cm. (obs. II).



Le diverticule droit recouvre seulement les deux tiers externes du côlon ascendant. On retrouve ici la disposition décrite par Jackson comme caractéristique de la péri-colite membraneuse.

également soutenu l'origine congénitale de la péricolite ; je n'ai pu, jusqu'alors, me procurer leurs articles.

Mon étude est basée sur l'examen de 50 nouveau-nés effectué dans le laboratoire du professeur agrégé Rouvière, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine de Paris.

L'épiploon se présente à cet âge sous forme d'un mince sac séreux, peu développé, pendant en avant du côlon transverse, à la face antérieure duquel il adhère.

Dans la plupart des cas, le sac épiploïque s'arrête sur le côlon transverse, au niveau du bord médial de la portion descendante du duodénum : c'est la limite donnée comme normale, que j'ai retrouvée chez 31 sujets.

Mais parfois l'épiploon se prolonge à droite, en un diverticule dont la disposition est particulièrement intéressante à préciser.

Ce diverticule, signalé par Haller, a été retrouvé depuis par tous les embryologistes. Toldt pense qu'il se développe à la fin du septième mois de la vie intra-utérine.

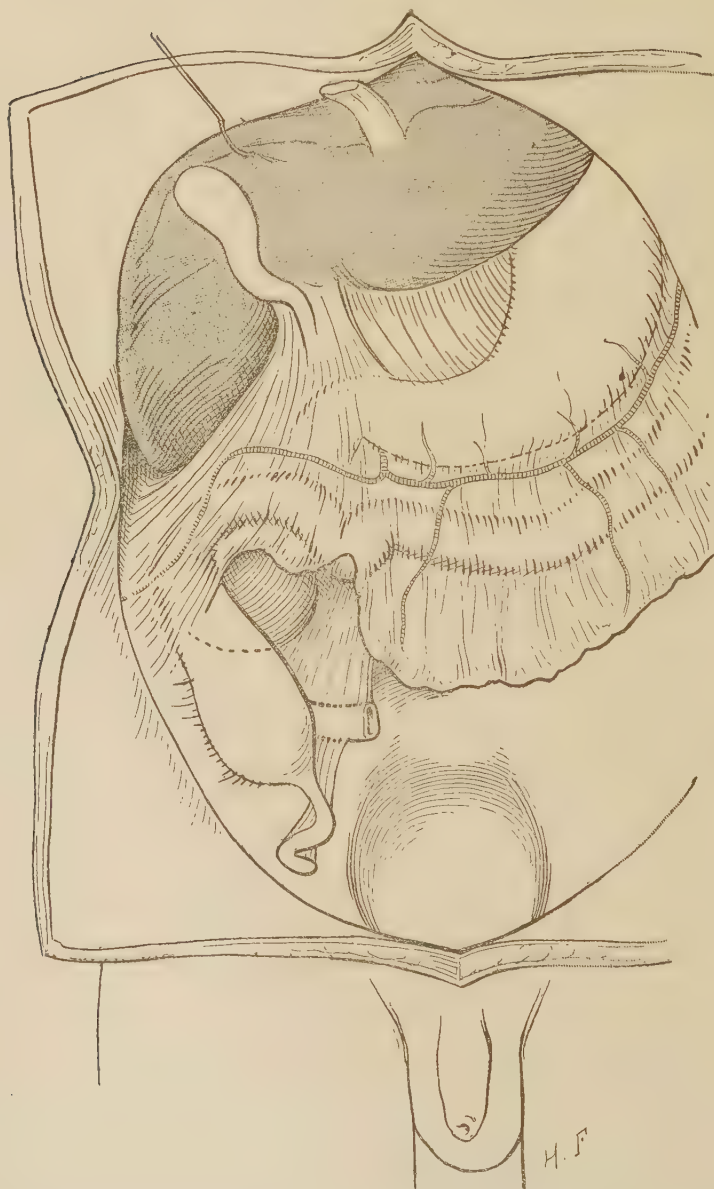
Pérignon constate son existence à un stade plus précoce chez deux embryons de 16 centimètres, c'est-à-dire du cinquième mois.

Prenant admet qu'à la fin du cinquième mois le diverticule épiploïque droit recouvre le côlon transverse, la courbure hépatique le côlon ascendant et même le cæcum, venant s'insérer en dehors de l'intestin au péritoine de la partie latérale de l'abdomen.

Quelle sera, dans la suite, l'évolution de l'épiploon colique de Haller ?

Les deux feuilletts du diverticule se fusionnent, oblitérant la cavité épiploïque.

Fig. 6. — Nouveau-né masculin, 41 cm. (obs. III).



Le diverticule épiploïque droit tapisse l'angle sous-hépatique du côlon.
 Remarquer sa continuité avec un ligament cystico-duodéno-épiploïque
 bien développé.

Puis « la lame postérieure ou directe du diverticule s'ac-cole aux surfaces péritonéales sous-jacentes. Elle s'unit au méso-duodénum, au-dessus du côlon transverse, à l'angle hépatique du côlon et à droite de lui à la paroi de l'abdomen. Ainsi se constitue du côté droit, comme du côté gauche, un ligament colique d'origine épiploïque ». (Fredet).

Plus tard, enfin, toute trace du diverticule disparaîtrait, sauf le ligament colique droit qui rattache à la paroi l'angle sous-hépatique du côlon.

Chez le nouveau-né, j'ai rencontré ce diverticule à un degré de développement variable, dans 19 cas (soit 38 %).

Chez 4 sujets, il était particulièrement développé, tapissant la première portion du côlon transverse, l'angle sous-hépatique et le côlon ascendant, empiétant même dans un cas sur la face antérieure du cæcum jusqu'au voisinage du fond de l'ampoule.

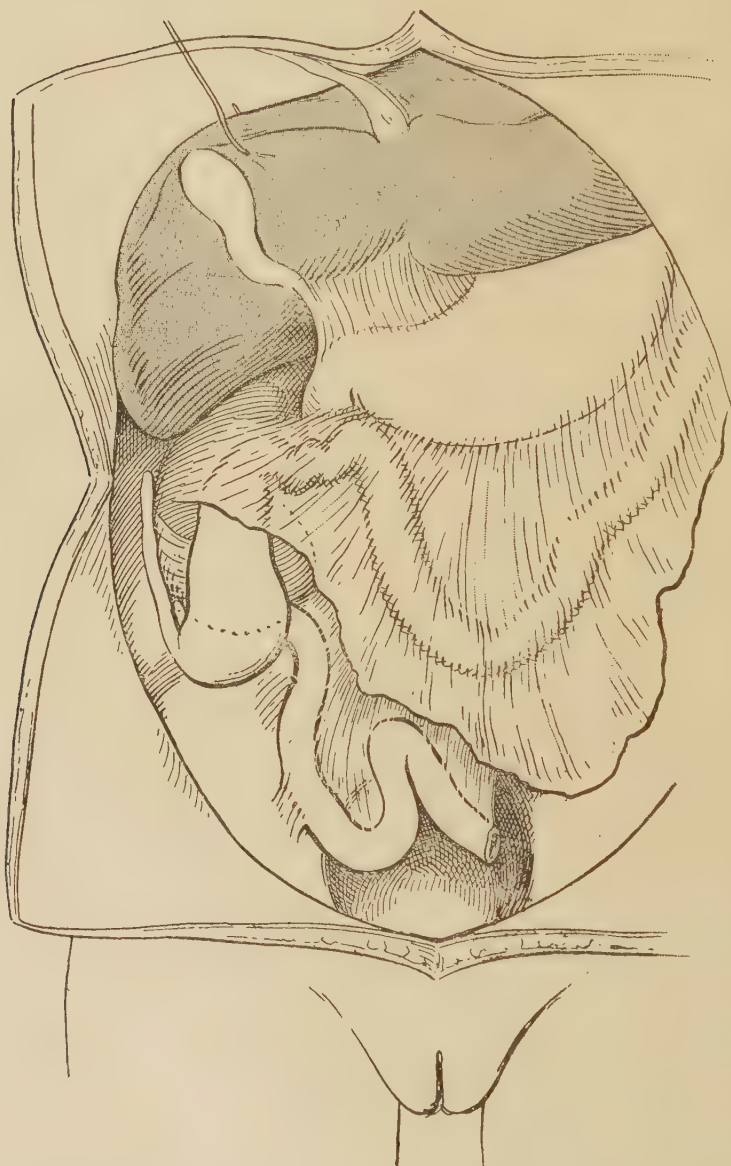
A son intérieur transparaissaient des vaisseaux fins et délicats, à direction oblique en bas et en dedans.

Dans l'un de ces cas (*fig. 5*), la disposition du diverticule reproduisait exactement le type de péricolite membraneuse dont Jackson donne la description dans son premier article.

Chez tous les autres nouveau-nés, le diverticule, moins accentué, se termine sur le côlon ascendant au voisinage de l'angle sous-hépatique, dont il semble réunir les deux branches.

Chez 4 de ces derniers sujets, il existait un ligament pariéto-colique, bien développé, en regard de l'extrémité droite du diverticule. Il semble alors que le sac épiploïque se soit entièrement fusionné avec le péritoine du côlon,

Fig. 7. — Nouveau-né féminin, 47 cm. (obs. V).



Le diverticule recouvre l'angle sous-hépatique du côlon. Le cæcum est fixé, l'appendice mobile mais en position « erecta ». Remarquer la bride fixant la dernière anse iléale.

laissant en dehors le ligament pariéto-colique et en dedans le diverticule proprement dit. La dissection m'a permis de rétablir sans peine la continuité de ces deux ordres de formation.

Quelle sera la destinée ultérieure de ce diverticule épiploïque droit ?

Ou bien il persiste intégralement, s'infiltrant de graisse comme le grand épiploon proprement dit, qui semble alors s'insérer sur le péritoine pariétal, en dehors du côlon ascendant qu'il tapisse entièrement;

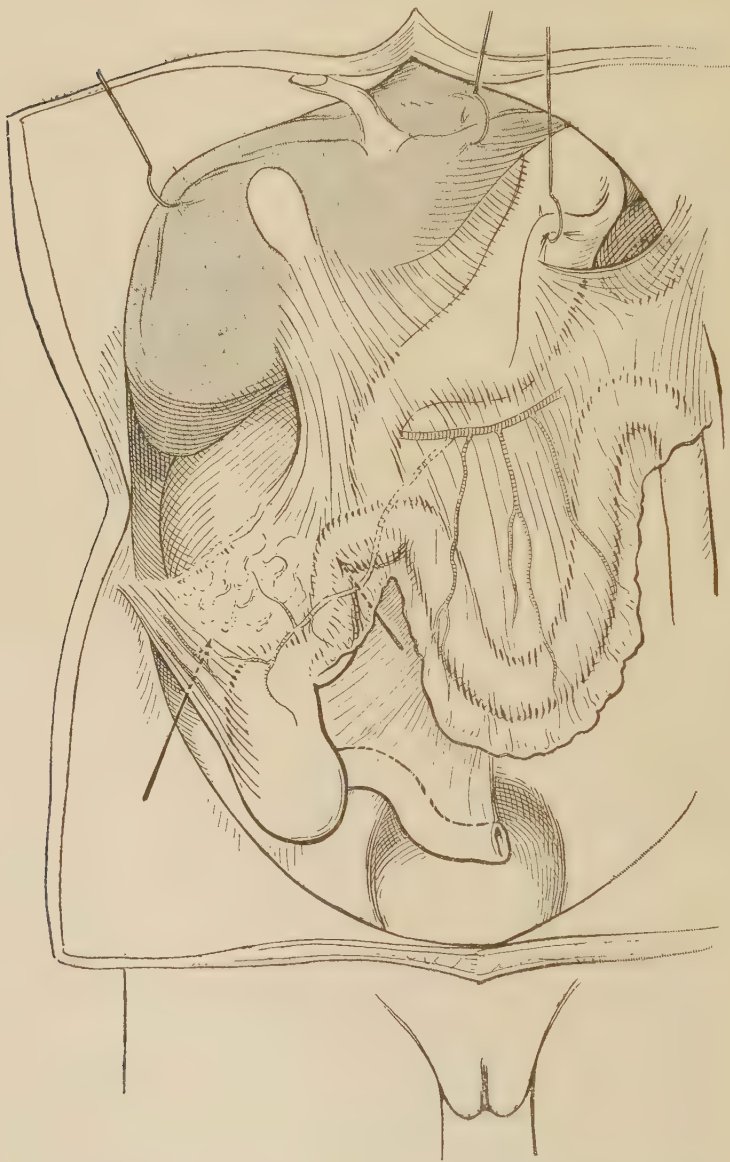
Ou bien il demeure à l'état de voile séreux donnant lieu aux différents types de péricolite membraneuse. Cette disposition est d'autant plus frappante que dans certains cas (je les ai déjà signalés), le bord droit de l'épiploon se continue directement avec le voile péricolique. La figure 2 en reproduit un type particulièrement net retrouvé à l'école pratique sur le cadavre d'une jeune femme de 25 ans. (Voir page 18).

Lorsque le diverticule persiste partiellement, il laisse comme reliquat soit une membrane de Jackson, qui se trouve être ainsi un ligament pariéto-colique anormalement développé, soit à une lame fixatrice du coude dont Buy niait l'existence chez le nouveau-né, mais que j'ai retrouvée chez plusieurs sujets parfaitement développée.

Enfin, lorsque le diverticule épiploïque se trouve en connexion avec un ligament cystico-duodéno-épiploïque, on a tout à fait la reproduction des membranes péricoliques décrites par Isaacs qui, parties du côlon ascendant, vont englober le pylore et la vésicule biliaire.

Ce sont des points dans le détail desquels je ne puis

Fig. 8. — Nouveau-né féminin, 55 cm. (obs. XLVIII).



Diverticule droit avec ses vaisseaux *en voie de disparition partielle*.
On reconnaît : un ligament pariéto-colique bien développé, avec deux vaisseaux parallèles ; un ligament sous-tendant l'angle sous-hépatique du côlon (ligament du coude de Buy, en continuité directe avec le grand épiploon,

entrer ici, mais qui sont entièrement développés dans mon article de la *Revue de Chirurgie*.

Jackson nie que la membrane puisse s'étendre jusqu'à l'appendice; Lane, par contre, admet dans un certain nombre de cas l'englobement de l'appendice par des ligaments externes qui le coudent à sa partie moyenne ordinairement.

Or, mes recherches m'ont montré dans 8 cas (16 %) des adhérences congénitales fixant l'appendice soit à la face postérieure du cæcum, soit au péritoine avoisinant.

Il est vraisemblable que le type décrit par Lane correspond à un ligament pariéto-colique anormalement développé coïncidant avec des adhérences appendiculaires congénitales.

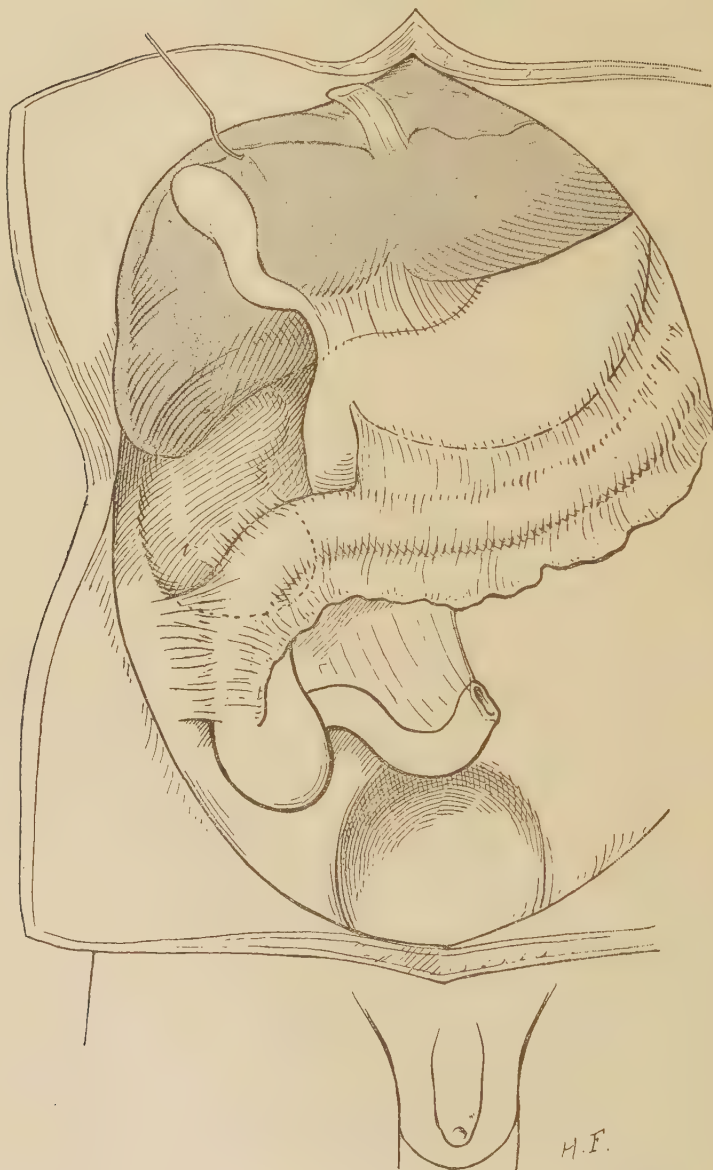
Je n'ai jamais rencontré chez le nouveau-né de diverticule enveloppant le fond du cæcum et l'appendice. Lorsqu'on trouve à l'opération des voiles de cette nature, deux hypothèses peuvent être faites : ou bien ils ne relèvent pas d'une anomalie congénitale, ou bien un exsudat inflammatoire uniformisé, pour ainsi dire, un diverticule épiploïque et des adhérences appendiculaires congénitales juxtaposées. J'incline plutôt vers cette dernière interprétation.

En résumé, il n'existe aucun type de péricolite membraneuse qu'on ne puisse retrouver chez l'enfant nouveau-né et sur le cadavre adulte.

Leur origine congénitale paraît donc indiscutable; ce n'est, à vrai dire, qu'une formation anatomique.

Je suis, en cela, absolument d'accord avec Flint; mais cet auteur ayant examiné quelques fœtus à des stades variables et deux enfants à terme, appuie sur un petit nom-

Fig. 9. — Nouveau-né masculin, 45 cm. (obs. VII).



Le diverticule épiploïque droit s'arrête sur la face antérieure du côlon ascendant. Il semble indépendant du ligament pariéto-colique, mais la dissection montre que ces deux formations sont en continuité directe.

bre de faits (huit) une hypothèse que je crois inexacte en grande partie.

Pour lui, le cæcum peut, au cours de sa descente, entraîner le péritoine pariétal, auquel il adhère plus largement que de coutume : d'où la formation de voiles membraneux péricoliques. Par exception, l'épiploon étendu anormalement vers la droite se trouvera étiré de façon analogue ; ainsi s'explique pour cet auteur l'adhérence de certains voiles au grand épiploon.

Cependant l'origine congénitale de la péricolite membraneuse est niée par quelques auteurs ; ignorant les recherches anatomiques effectuées depuis, ils se basaient sur certains symptômes cliniques pour admettre l'origine inflammatoire des voiles péricoliques.

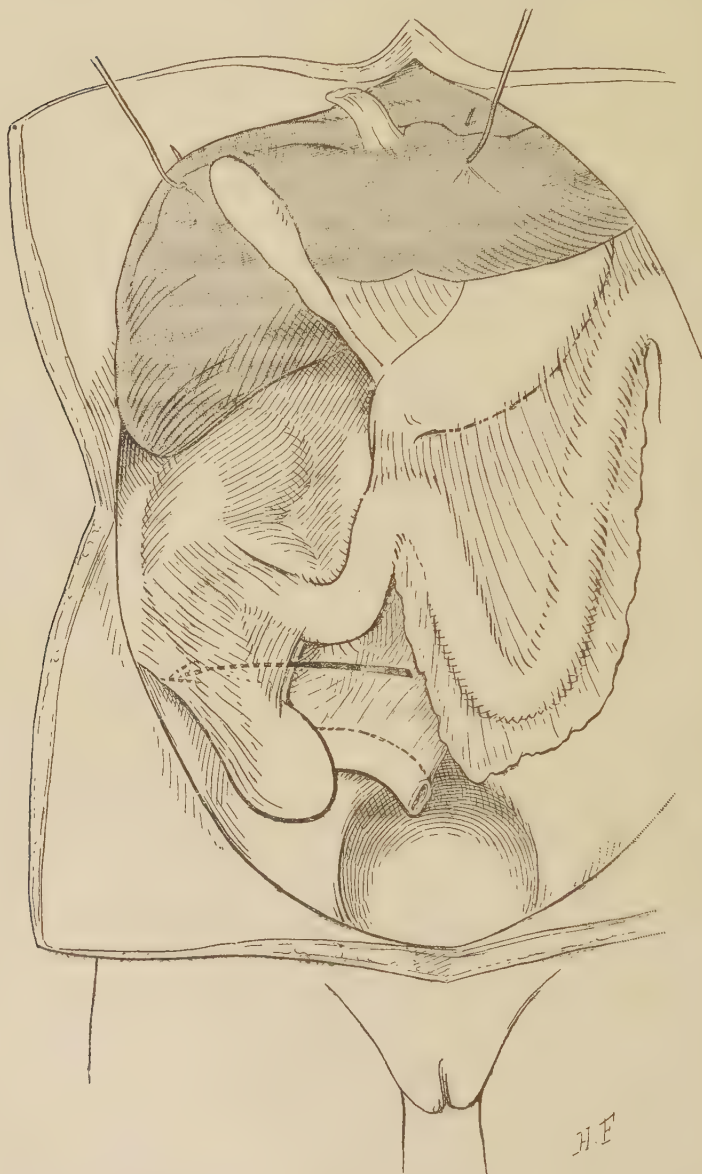
Théorie inflammatoire

Tout processus inflammatoire chronique détermine au niveau du péritoine des adhérences. La péricolite membraneuse ne serait, dans ces conditions, « qu'une adhérence mince, étalée, lamelleuse » (Lardennois).

Il faut d'abord écarter le point de départ vésiculaire, appendiculaire ou génital. Lorsqu'une malade a présenté dans ses antécédents des poussées inflammatoires franches de cette nature, on conçoit qu'il puisse persister des adhérences péritonéales dans le côté droit de l'abdomen, coudant ou comprimant l'intestin. Le fait est bien connu ; nous n'y insisterons pas. D'autant que de tels reliquats inflammatoires ne revêtent jamais l'aspect régulier, anatomique, on peut le dire, à la péricolite membraneuse.

Mais le côlon lui-même peut être le point de départ de

Fig. 10. — Nouveau-né féminin, 54 cm. (obs. XXXVI).



Ligament pariéto-colique et ligament du cœcume en continuité directe. Après incision du bord libre du ligament du cœcume une sonde cannelée pénètre sans difficulté entre les deux feuillets qui les constituent : il y a persistance de la cavité primitive du diverticule épiploïque droit.

ces réactions « infimes mais continues » qui aboutissent à la formation de voiles péricoliques.

Deux ordres de faits rendent cette hypothèse, au premier abord, parfaitement vraisemblable.

Beaucoup de malades accusent dans leurs antécédents des poussées de colite localisées au côté droit de l'abdomen : la douleur, les évacuations diarrhéiques, mélangées de mucus, en sont une preuve évidente. D'autre part, quelques auteurs (Hofmeister entre autres) rencontrent au cours de leurs opérations un intestin congestionné, entouré d'un exsudat séreux soulevant le voile. Mais surtout la présence de ganglions dans l'angle iléo-cæcal justifie cette hypothèse d'inflammation chronique.

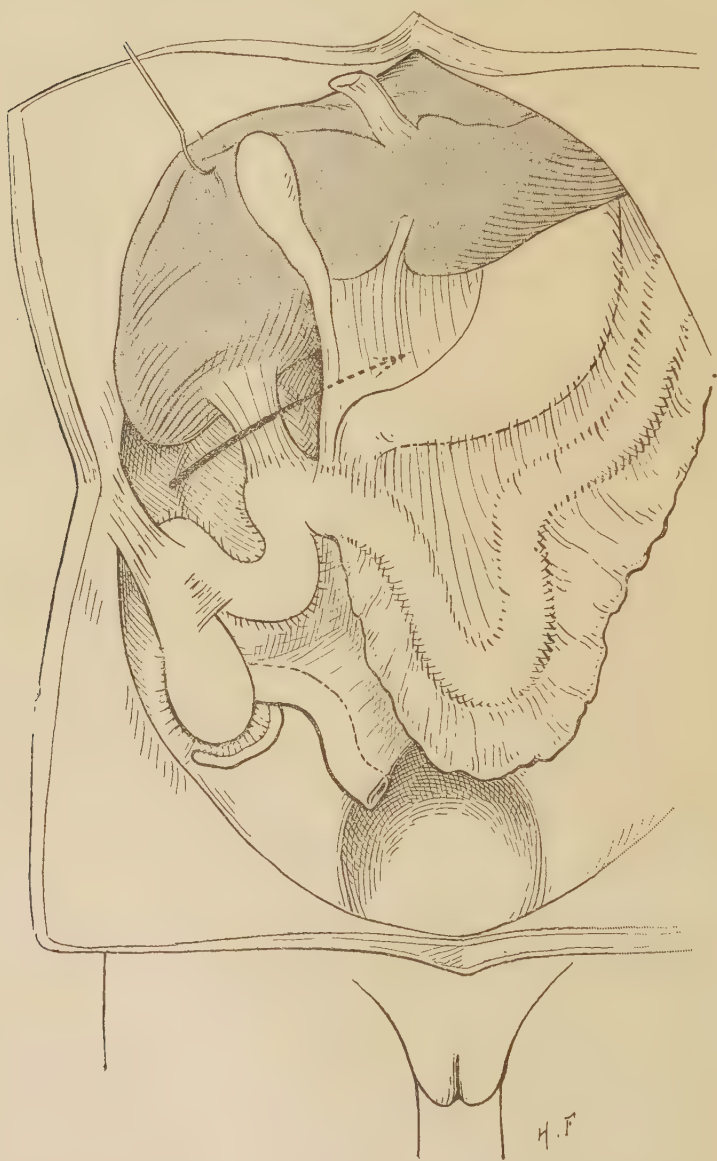
Aussi Gerster admet-il qu'une colite chronique puisse produire ces membranes transparentes et vascularisées que Jackson donne comme caractéristiques de la péricolite membraneuse.

Pilcher va plus loin encore en prétendant que de légères infections à point de départ intestinal peuvent modifier la couverture séreuse sans qu'il y ait colite proprement dite.

Jackson lui-même, partisan résolu de cette théorie qui répondrait à la majorité des cas, cite l'opinion de Harris, pour lequel certains anaérobies décrits par Runeberg et Keyde comme habitant cette portion du côlon, sont les facteurs spécifiques de l'inflammation qui aboutit à la péricolite.

En France, Lardennois s'est fait le défenseur de l'origine inflammatoire des voiles de péricolite; il n'y a, pour lui, « aucun doute sur la réalité de la lymphangite chronique sous-séreuse des côlons et des mésos dans les colites

Fig. 11. — Nouveau-né féminin, 43 cm. (obs. XXXV).



Cette intéressante observation montre un ligament pariéto-colique, un ligament du coude, un ligament hépato-colique et un ligament cystico-duodéno-épiploïque tous fort bien développés. *Et cependant toute la partie initiale du côlon, le cæcum, l'appendice et la dernière anse iléale sont étroitement fixés à la paroi abdominale postérieure.*

chroniques avec rétention ». Le résultat en est la péricolite à laquelle on doit refuser toute origine congénitale.

Les recherches anatomiques montrent bien qu'on ne peut reconnaître à ces voiles une nature inflammatoire. Mais cela ne veut pas dire qu'une infection chronique à point de départ intestinal ne puisse réagir sur eux pour en modifier l'aspect et la consistance.

Rôle pathologique des voiles

La péricolite membraneuse, facile à constater lors d'une intervention, attirera d'abord l'attention des chirurgiens en tant qu'obstacle mécanique : les premiers traitements employés n'eurent qu'un but, supprimer l'obstacle.

On admet que le voile peut modifier le calibre de l'intestin sous-jacent, soit par striction directe, soit par angulation.

Mais lorsque la péricolite revêt l'aspect de voile séreux, mince, légèrement vascularisé, il convient de se demander si elle constitue un obstacle sérieux à la circulation du contenu intestinal.

Cette opinion paraît, au premier abord, tout à fait illégitime, et les auteurs qui veulent voir un obstacle mécanique dans la genèse des troubles cæco-coliques doivent faire, avec Pilcher, une des deux hypothèses suivantes :

1° Par sa présence, le voile entrave le péristaltisme colique ;

2° Ou bien il détermine un spasme de la tunique musculaire s'opposant à la progression des matières.

Les recherches radioscopiques de Stierlin sont de nature à confirmer pareille hypothèse. Chez certains sujets, pré-

sentant des symptômes de dilatation cæcale avec stase bismuthée, il remarque au-dessus du segment cæco-colique atone une limite d'ombre nette et persistante qu'il interprète comme spasme fixe. Pour appuyer cette hypothèse, il examine ses malades après injection d'atropine destinée à faire cesser le spasme. A l'écran, on constate alors que la limite d'ombre a disparu : la stase intestinale est fortement diminuée. Dans la suite, ces mêmes malades reçoivent une injection de physostigmine dont les propriétés sont inverses de celles de l'atropine. La limite d'ombre s'accroît, la constipation se trouve augmentée. Or, l'opération montre chez ces sujets un intestin normal en apparence, sauf quelques adhérences, qui ne suffiraient point à expliquer la stase intestinale. Et Stierlin pense qu'il existe ainsi une zone de spasme à point de départ mal élucidé. Peut-être les adhérences jouent-elles un rôle dans son apparition.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse qu'il semble difficile de vérifier. En tout cas, elle n'expliquerait nullement les phénomènes inflammatoires que l'on retrouve et dans l'histoire des malades (douleurs, diarrhée, mucus dans les selles), et dans certaines constatations opératoires (vascularisation anormale du voile, exsudat séreux autour de l'intestin, modifications de l'intestin rouge et épaissi, présence de ganglions dans l'angle iléo-cæcal).

Ces phénomènes sont certainement en rapport avec une colite localisée au segment initial du gros intestin. Progressivement, l'infection chronique, à point de départ colique, modifie la texture du voile séreux congénital ; c'est alors qu'on voit apparaître la vascularisation exagérée, puis, plus tard, les bandes cicatricielles qui, dimi-

nuant le calibre de l'intestin, constituent un obstacle réel. Le voile ainsi transformé produit surtout un obstacle mécanique appréciable lorsque, par sa rétraction progressive, il resserre les deux branches de l'angle sous-hépatique qu'il accole en « canon de fusil ». C'est là, nous l'avons vu, une disposition exceptionnelle.

D'un autre côté, Lane fait jouer un rôle considérable à la couture simple de l'angle sous-hépatique, favorisée par la ptose de l'intestin et déterminée par l'insertion de ligaments, surtout développés en ce point.

En 1855 déjà, Glenard rapportait à une telle angulation les crises de typhalgie observées chez les ptosiques.

A cette théorie, on peut opposer les remarques suivantes :

1° La disposition en éventail du ligament suspenseur de l'angle sous-hépatique s'oppose davantage à sa couture qu'il ne tend à la favoriser;

2° Beaucoup de jeunes sujets, atteints de péricolite, ont une paroi musculaire convenable et ne sont nullement des ptosiques, comme le montre l'examen aux rayons X;

3° L'angulation sous-hépatique de l'intestin est très fréquente dans la station verticale, chez des sujets parfaitement normaux.

Aussi Hertz a-t-il nié que la simple angulation de l'intestin puisse constituer un obstacle suffisant au cours des matières. C'est à cette conclusion qu'aboutissait le professeur Quenu en étudiant le rôle des coutures de l'angle splénique dans l'occlusion intestinale.

Pour qu'un tel facteur mécanique puisse avoir quelque action, il faut que l'adossement des deux segments intestinaux qui forment l'angle soit fixé par des adhérences,

Il ne faut pas, d'ailleurs, attacher une importance primordiale à la notion d'obstacle qui, dans la majorité des observations, est souvent léger, parfois même discutable.

L'état de la musculature intestinale joue certainement un rôle considérable dans la pathogénie des accidents.

L'infection partie de la muqueuse touche la tunique musculaire avant de gagner la couverture péritonéale; elle en affaiblit la tonicité au point qu'une lutte prolongée contre un obstacle, même très léger, devient impossible. Le cæcum se laisse dilater et prend l'aspect bleuâtre, flasque, que l'on constate si souvent au cours des opérations.

On voit le rôle prépondérant que joue l'infection colique dans la genèse des lésions, et c'est en cela seulement qu'on peut donner raison aux partisans de la théorie inflammatoire : la seule présence d'un voile d'origine congénitale ne saurait expliquer tous les accidents. Aussi les procédés opératoires qui consistent en l'ablation de la membrane sont-ils voués à un échec presque certain.

A l'heure actuelle, les colites segmentaires font l'objet de nombreuses études. Cade leur attribue une large place dans son rapport au Congrès de Médecine de 1912.

Elles sont mieux connues au niveau de l'anse sigmoïde. Néanmoins, on a publié nombre d'observations de typhlocolites aiguës ayant entraîné, soit une perforation intestinale, soit des suppurations localisées (Ropke, Cramer, Pallin, etc.).

Des accidents chroniques localisés au segment initial du gros intestin sont sans doute favorisés par ce fait que le contenu intestinal séjourne plus longtemps dans le cæcum qu'en aucun autre endroit du côlon. C'est également en ce point que se fait la plus grande absorption physiologique,

favorisée par la nature du contenu intestinal et les mouvements de brassage dont il est l'objet.

Peut-être faut-il voir dans cette inflammation chronique le reliquat de poussées aiguës survenues dans l'enfance, ainsi que Broca, Lennander en ont signalé de nombreux exemples.

Ajoutons enfin que le développement d'une telle colite segmentaire est sans doute favorisé par des modifications anatomiques d'ordre congénital : c'est en cela que la présence d'un voile, l'augmentation de longueur du côlon ascendant, la mobilité anormale du segment cæco-colique doivent jouer un rôle important.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

1° SYMPTOMES FONCTIONNELS

La péricolite membraneuse n'a été, au début, que simple constatation opératoire.

Dans la suite, nombre d'auteurs, après Jackson, ont cherché à dégager un ensemble de troubles fonctionnels capables d'expliquer sa présence.

Nous verrons la valeur qu'il faut attribuer à chacun des éléments du « syndrome » qui permettrait à Jackson de faire, à coup sûr, le diagnostic de voiles membraneux péricoliques.

Les malades sont, en général, des femmes, jeunes, qui se plaignent de douleurs dans le côté droit.

Bien rares sont celles dont l'intestin fonctionne normalement à la période où le médecin est appelé à les examiner : toutes, pour ainsi dire, sont de grandes constipées.

Au bout d'un temps variable, leurs troubles peuvent

s'aggraver par crises, terminées par une débâcle diarrhéique qui, passagèrement, soulage les malades.

L'état général est toujours sérieusement atteint; deux ordres de symptômes le caractérisent : signes de neurasthénie, signes d'intoxication à point de départ intestinal.

Les Douleurs

Dans la plupart des observations publiées, les douleurs représentent souvent la première, parfois la principale manifestation de la maladie.

Elles ne sont pas, au début, bien sévères et peuvent rester longtemps à l'état de simple gêné, de tension profonde. Certains sujets se plaignent de pincements, de tiraillements, de sensations de torsion.

Leur siège est le côté droit, de la fosse iliaque au rebord costal, sans que le malade puisse ordinairement leur assigner un point précis.

Parfois, cependant, les phénomènes douloureux spontanés sont plus accusés dans une zone limitée de l'abdomen. C'est souvent la région caecale, au voisinage du point de Mac Burney, ce qui oriente immédiatement l'esprit vers l'idée d'appendicite chronique.

Plus caractéristique peut-être est la douleur localisée au-dessous du rebord costal, dans la région de l'angle sous-hépatique.

Dans quelques cas, tout à fait rares, l'ombilic, la région épigastrique sont indiqués comme le point de départ des phénomènes douloureux.

Les irradiations se font en différentes directions : Lane insiste sur la douleur siégeant au niveau de la douzième

côte et irradiant dans le territoire des nerfs abdomino-génitaux : elle est due à la traction qu'exercent sur cette région, par l'intermédiaire des ligaments de l'angle sous-hépatique, le côlon et le cæcum alourdis par le poids des matières fécales.

Récemment, Delore et Alamartine, Lenormant, citent chacun une observation d'irradiation bien particulière : la névralgie crurale droite. Glenard avait déjà signalé ce symptôme dans certaines entéroptoses avec dilatation du cæcum.

D'abord très espacées, les douleurs se répètent bientôt à intervalles rapprochés, quelquefois même à des époques régulières.

Les troubles s'accroissent après un repas plus copieux que de coutume (observations I et II de Potherat), atteignant leur maximum dans la quatrième ou cinquième heure de la digestion.

Ce sont parfois des efforts, des secousses inusitées (marche rapide, course en voiture, descente d'un escalier, comme dans l'observation de J.-Ch. Roux), qui accroissent les malaises.

D'aucuns ne peuvent supporter les fatigues d'un labeur intense sans être pris de douleurs vers la fin de la journée. Le repos, le décubitus horizontal leur procurent alors un soulagement appréciable.

Bien plus rares sont les individus qui, bien portants dans la station verticale, viennent à souffrir quand ils sont étendus (J.-Ch. Roux).

Tous ces états douloureux sont d'autant plus marqués que la constipation s'accroît davantage. C'est elle qui, pendant un temps, peut régler l'apparition des douleurs :

alors un purgatif arrive à procurer une amélioration notable.

Les Troubles intestinaux

Ils apparaissent parfois dans le cortège des symptômes comme les premiers en date. C'est la constipation que certains considèrent comme l'élément primordial. Elle irait à l'ordinaire de pair avec les douleurs.

En réalité, les phénomènes douloureux existent seuls, surtout chez les jeunes sujets, pendant une période plus ou moins longue. C'est ainsi que chez une malade du professeur Delbet, âgée de 15 ans seulement, la constipation s'établit tardivement après deux crises douloureuses : l'intervention montra un voile de péricolite, un cæcum mobile, mais un appendice histologiquement indemne.

La constipation est d'abord améliorée par un régime, des lavements, des laxatifs. Plus tard, les malades n'obtiennent plus que des soulagements passagers.

Pour Duval et Roux, la constipation revêt un type tout à fait spécial : « constipation entrecoupée de crises de diarrhée ».

En lisant les observations publiées, on s'aperçoit que ces crises diarrhéiques ne sont que fort peu signalées. Elles semblent être en tous cas un symptôme tardif.

L'aspect des selles a été précisé par Duval et Roux dans leur communication à la Société de Chirurgie.

Ils en distinguent deux types, suivant qu'il y a typhlo-colite ou non.

« Si la muqueuse n'est pas fortement altérée, les selles évacuées ont une coloration jaunâtre, une odeur butyri-

que; elles sont souvent aérées et fermentent rapidement dans le vase qui les contient, par suite de la richesse en amidon et levures.

« Au contraire, si la muqueuse présente des altérations profondes, il se produit à ce niveau une exsudation séreuse ou séro-albumineuse abondante qui se putréfie rapidement et donne aux fèces une odeur caractéristique et, pour un même régime alimentaire, une coloration d'autant plus noirâtre que la putréfaction est plus avancée. »

Les chirurgiens ne se livrent point d'ordinaire à un examen coprologique aussi soigneux.

Mais il est un élément dont ils signalent parfois la présence : c'est le mucus, d'autant plus visible qu'il s'agglomère à la surface des fèces sous forme de glaires plus ou moins abondantes (Obs. de Jackson, Duval, Lejars).

Pour Duval et Reux, la coloration jaune du mucus par la bilirubine est caractéristique : il proviendrait alors du cæcum ou de l'extrémité inférieure du grêle.

Dans les périodes de constipation, les malades se plaignent parfois d'être ballonnés : les gaz circulent difficilement, provoquant par leur accumulation une tension douloureuse, surtout marquée du côté droit.

Les Crises douloureuses

Douleurs et troubles intestinaux peuvent se présenter sous forme de véritables crises.

Le malade, constipé depuis quelques jours plus sérieusement que de coutume, ressent de vives douleurs déterminant parfois un état nauséux qui peut aboutir à des vomissements. Le ballonnement de l'abdomen est, dans

certain cas, localisé nettement par le malade à la région cæcale.

Les crises paroxystiques, courtes, durent quelques minutes, une demi-heure, mais peuvent aussi se prolonger des heures entières. Elles cessent avec l'émission de gaz. Alors disparaît le gonflement de la région cæcale en même temps que se font entendre de gros gargouillements (*cæcalgurren* des auteurs allemands).

La débâcle diarrhéique survenant, par intervalles, au cours d'une constipation ordinaire est spéciale, pour Ch. Roux, aux altérations du côlon droit.

Ces crises sont parfois nettement en relation avec l'ingestion d'aliments : les malades restreignent alors volontairement leur nourriture (Obs. I et II de Potherat ; obs. I de Delore et Alamartine).

Au cours de ces crises, la température reste ordinairement normale : cette apyrexie, contrastant avec une certaine violence des symptômes, est considérée comme caractéristique.

Troubles Gastriques

Jackson attache une grosse importance à leur présence : ils sont, dit-il, tellement accentués qu'on pense à une gastrite chronique ou à un ulcus. Lejars et Roux citent des observations analogues.

Mais ces troubles gastriques ne sont nullement influencés par la diète ou le jeûne ; par contre, une purgation les améliore.

Modifications de l'état général

Lorsque douleurs et troubles intestinaux se prolongent, ce qui est le cas habituel, les malades présentent, à des degrés variables, des signes de neurasthénie et d'intoxication.

Les sujets qui ont l'attention constamment attirée sur leur intestin, deviennent pour ainsi dire toujours des neurasthéniques.

Ils ont de la fatigue le matin au réveil. La sensation d'éternelle lassitude qu'ils éprouvent les détourne de leur travail physique ou intellectuel, les rend incapables du moindre effort.

Cet état de dépression du système nerveux s'accroît encore par l'apparition de malaises insupportables.

Ce sont souvent des migraines violentes qui ne cèdent que lorsque survient la débâcle intestinale. Des éblouissements, des crises de sueur avec tendance syncopale, des défaillances subites accompagnent la constipation prolongée.

Mais l'intoxication à point de départ intestinal retentit parfois plus gravement encore sur l'état général.

C'est qu'en effet l'organisme tolère très mal la stase des matières dans le cæcum, alors que la constipation banale, qui relève de l'atonie du côlon terminal, simple conduit d'évacuation, est remarquable par son habituelle bénignité.

Les malades se plaignent de digestions difficiles : ils ont, après les repas, une sensation désagréable de plénitude

gastrique ; leur langue reste sale et parfois leur haleine est d'une fétidité particulière. (Obs. I et II de Roux).

D'après les auteurs anglo-américains, surviennent des modifications de la peau dont l'aspect, sec et écailleux, serait caractéristique. Les téguments prennent une coloration brune ou jaunâtre, accentuée surtout au niveau des plis de flexion.

Jackson signale la fréquence de douleurs articulaires qui rappellent le syndrome arthritique.

Les extrémités, mains et pieds, sont, chez ces malades, moites et froides, symptôme sur lequel Lane insiste particulièrement, ainsi que sur les modifications des seins : la mastite chronique, la dégénérescence kystique relèveraient, pour cet auteur, de l'intoxication à point de départ intestinal.

Enfin, ces modifications de l'état général peuvent créer un terrain favorable au développement de la tuberculose.

L'amaigrissement est parfois très prononcé, surtout si les malades restreignent volontairement leur alimentation, pensant ainsi supprimer leurs douleurs.

2° SIGNES PHYSIQUES

L'examen clinique des malades ne donne souvent que des renseignements fort obscurs : il consiste à apprécier par la palpation l'état du cæcum et les points douloureux à la pression. Nous verrons qu'on doit, dans tous les cas, compléter ces renseignements par un examen radioscopique dont les données sont bien plus précises.

Il est d'autant plus facile de palper ces malades que ce sont habituellement des femmes amaigries dont la paroi souple se laisse bien déprimer.

Enfin, quelle que soit l'intensité des douleurs, il n'existe jamais, d'après Jackson, de contracture réflexe du droit : ce serait même un élément important de diagnostic.

La main, déprimant la paroi avec précaution, est bientôt arrêtée par une résistance légère : c'est le cæcum, dont l'extrémité des doigts, recourbée en crochet, contourne successivement le bord interne, la face antérieure puis le bord externe.

D'après Glenard, un cæcum normal ne saurait être palpé. Tout dépend, à vrai dire, de l'état de distension de l'intestin au moment de l'examen. Chez un sujet ordinaire, le cæcum devient perceptible 4 à 5 heures après les repas ; il peut alors donner la sensation de gargouillement.

L'examen devra donc être pratiqué, dans la mesure du possible, le matin à jeun.

Lorsque le cæcum est dilaté, on le perçoit sous forme de boudin obliquement allongé dans la fosse iliaque. Ses bords sont assez faciles à délimiter. Il n'en est pas de même du fond, qui, dans le cas de ptose, plonge dans le petit bassin où la palpation ne saurait l'atteindre.

En appuyant quelque peu, on sent le cylindre cæcal céder brusquement sous la pression, en même temps que se produit un bruit hydro-aérique, un gargouillement à tonalité spéciale.

Lorsque le cæcum dilaté se remplit, quatre à six heures après les repas, il prend un volume énorme ; dans les cas accentués, la palpation peut révéler une fluctuation mar-

quée analogue à celle que donnerait une vessie mi-remplie d'eau, placée sous la paroi.

En même temps se font entendre des « bruits d'eau ». C'est le clapotage cæcal auquel Lœper attache une importance particulière pour le diagnostic de dilatation du cæcum.

Il ne faut pas s'attendre à sentir, au cours d'un tel examen, des scybales sous forme de petites masses dures, analogues à celles trouvées dans le côlon pelvien, lors de stase fécale.

Les matières sont liquides, ou du moins très molles, dans le cæcum et le côlon ascendant. Hertz déclare que jamais, ni à l'examen clinique, ni au cours d'opérations ou d'autopsies, il n'a trouvé de contenu solide dans le cæcum. Pour lui, ce n'est qu'au cas d'obstruction intestinale prolongée que cette sensation pourrait être perçue.

Cependant, pour rare qu'elle soit, la présence de scybales dans le cœcum n'est pas un fait exceptionnel. Mauclaire, dans 21 observations de dilatation du cæcum qu'il publie, l'a relatée chez 3 malades.

Peut-on percevoir, lors d'un examen clinique, l'état de mobilité du cæcum ? Hausmann affirme que la palpation suffit pour obtenir toute certitude sur ce point. Lardennois a pu apprécier un cæcum mobile en examinant ensuite la malade dans le décubitus latéral gauche ou, mieux encore, en position déclive.

Lorsque le cæcum est fixé, Duval et Roux pensent qu'il s'agit plus volontiers, dans ce cas, de péricolite. Pierre Delbet et Cunéo ont montré, nous l'avons vu, qu'un cæcum normalement mobile pouvait parfaitement coïncider avec un voile de péricolite.

D'ailleurs, la radiologie donne sur ce point des renseignements bien supérieurs à ceux que peut fournir le seul examen clinique.

Il faut, en outre, rechercher l'existence de points, ou plus exactement de zones douloureuses.

Nous avons vu que la douleur fixe dans la région sous-hépatique est donnée comme caractéristique de la péri-colite membraneuse. C'est sous le rebord costal et profondément qu'on doit la chercher par la palpation. P. Duval remarque que le point douloureux est situé au-dessous et en dehors du point cystique.

Par contre, le cæcum et les parties basses du côlon ascendant se montreraient insensibles à la pression : c'est là un point d'importance primordiale pour les auteurs américains et Marshall-Flint n'hésite pas, en pareil cas, à faire le diagnostic de voile membraneux. Il y a certainement dans cette formule quelque exagération. D'ailleurs, chez la plupart des malades, cæcum et côlon ascendant en entier sont douloureux à la pression.

Lorsqu'il existe chez le malade une sensation de gêne et de tension dans le côté droit, on peut obtenir un soulagement appréciable par un massage de bas en haut qui facilite l'évacuation du cæcum; c'est une manœuvre que les malades exécutent dans certains cas. (Obs. I de Potherat).

Mais, inversement, on peut rechercher cette tension douloureuse dans un but diagnostique. « En refoulant vers le cæcum, le contenu du colon transverse et du côlon ascendant, on provoque une douleur dans la région pelvienne droite. Lorsqu'on refoule de bas en haut le contenu du cæcum prolabé vers le côlon, sans violence, en

s'y reprenant à plusieurs fois, la douleur disparaît. » (Lardennois).

Ce signe, auquel Rovsing attribuait une grande valeur pour différencier l'appendicite chronique des autres affections de la fosse iliaque droite, semblerait ainsi se rapporter davantage au cæcum.

Mieux encore, la dilatation du gros intestin par insufflation devrait révéler ces phénomènes douloureux. Dans les cas où je l'ai pratiquée, cette distension de l'intestin donnait de vagues douleurs généralisées sans prédominance particulière du côté droit. Par contre, « elle avait l'avantage de mettre en relief la dilatabilité du cæcum, que l'on voyait se dessiner sous la paroi. La palpation donne alors la sensation du coussin gonflé d'air. » (*Luftkissen*).

La percussion montre une sonorité tympanique, sauf lorsqu'il existe du liquide en abondance : on obtient alors une submatité hydro-aérique analogue à celle que donne l'estomac dilaté (Lœper).

Mais surtout la pression prolongée fait évanouir cette tumeur avec bruits de gargouillement, et cela ne saurait donner lieu à aucune erreur d'interprétation.

Il va sans dire que l'examen ne doit pas porter uniquement sur la région du côlon proximal. Le gros intestin entier sera suivi par une palpation soignée.

On acquiert ainsi la certitude qu'il n'existe aucune autre zone douloureuse sur le trajet du côlon. Si, d'autre part, l'exploration de la fosse iliaque gauche ne laisse pas percevoir une « corde colique » roulant sous les doigts, il est vraisemblable que le côlon terminal est intact. L'affection est localisée à la partie droite du gros intestin.

Il faut également rechercher la mobilité des reins, et cela non seulement dans la position couchée, mais aussi dans la station verticale qui exagère ou fait apparaître la descente du rein.

Alglave, dans un article récent, appelle l'attention sur le rôle du rein mobile dans les accidents aboutissant à la dilatation du cæcum. C'est un point de pathologie très spécial, tout à fait différent de la question : en général, la péricolite membraneuse existe indépendamment de toute mobilité rénale.

Enfin, il est intéressant de noter l'état des seins, du système pileux et des organes génitaux des malades examinés. C'est mon Maître Pierre Delbet qui a eu l'idée qu'une hypoplasie du système génital pouvait coïncider, chez certaines femmes, avec une malformation congénitale du côlon. Cette constatation a été faite dans le service chez deux jeunes malades de 15 ans et demi et de 24 ans.

Tels sont les différents points sur lesquels devra porter l'examen clinique. Il est souvent imprécis et ne peut à lui seul donner au chirurgien tous les renseignements dont il a besoin pour établir le diagnostic et les indications opératoires. Il est indispensable d'y ajouter les données que peut fournir l'examen radiologique.

3° EXAMEN RADIOLOGIQUE

L'examen radiologique du gros intestin doit être, avant tout, une radioscopie; avec la méthode de l'orthodiagramme, on a l'avantage d'avoir la représentation

exacte de l'ombre intestinale nullement déformée. Les calques ainsi obtenus sont exactement comparables lors des examens successifs.

Le cliché radiographique paraît pourtant préférable, à quelques auteurs, pour fixer, à titre d'indiscutable document, un aspect intéressant, révélé par l'exploration à l'écran.

La substance imperméable aux rayons X employée d'habitude pour rendre visible le gros intestin est le carbonate de bismuth. L'opacité de ce sel est parfaite, sa toxicité nulle même aux doses de 100 grammes qui sont ordinairement ingérées pour un examen.

A l'étranger, Hertz emploie l'oxychlorure de bismuth représentant, à son avis, le seul sel qui soit inerte dans l'intestin. D'autres préfèrent donner aux malades qui ont de la stase intestinale le sulfate de baryum (De Quervain) ou l'oxyde de zirconium (Girard).

Le mode de remplissage du gros intestin n'est pas indifférent. Deux méthodes, en effet, peuvent être employées.

Dans l'une, la voie haute, le malade prend un repas bismuthé dont on suivra, sur l'écran, la progression dans l'intestin. Certains préfèrent ne pas mélanger le bismuth aux aliments et le donnent aux malades en suspension dans de l'eau gommée.

Sans doute, cette méthode est longue, nécessite des examens renouvelés, mais elle paraît préférable pour obtenir une image de l'intestin, dans ses conditions normales de forme, de situation et de tonicité (Beclère).

La seconde méthode est le lavement bismuthé, la voie basse, préconisée par Tuffier et Aubourg, Duval et Roux. Elle est rapide et d'exécution facile, mais on lui reproche

de donner des images déformées du gros intestin dont elle modifie la tension habituelle. Au Congrès de Chirurgie de 1913, de Quervain déclarait que l'aspect du gros intestin, obtenu de la sorte, n'est que la « caricature » de la réalité. Et il fournissait, à l'appui de ses paroles, des dessins suggestifs.

Au demeurant, ces deux méthodes ne sont nullement comparables. Elles peuvent, sur certains points, fournir des renseignements analogues, mais surtout elles se complètent réciproquement.

La voie haute est seule capable de révéler la durée de la traversée digestive dont l'étude est très importante lors de stase cœco-colique.

Le lavement bismuthé est, par contre, indispensable pour apprécier les coudures et les rétrécissements de l'intestin.

A) VOIE HAUTE

On peut sans doute faire ingérer aux malades une petite dose de bismuth (20 à 30 grammes), dont on suit l'évolution le long du tractus intestinal.

L'écran montrera, dans ces conditions, des images segmentaires successives, mais jamais l'intestin n'apparaîtra dans sa totalité.

Il faut, pour cela, des doses plus importantes : 100 grammes suffisent amplement. Mais une telle quantité est désagréable à prendre en une seule fois : le volume qu'elle représente est par trop considérable. La méthode em-

ployée dans le service du docteur Enriquez nous a paru plus pratique. On donne au malade trois paquets de 30 grammes de carbonate de bismuth. La veille de l'examen, ils sont successivement mélangés aux aliments des repas de midi, 4 heures et 7 heures du soir.

A quel moment doit-on faire l'examen ?

Il faut avouer que l'idéal est rarement atteint, et cela même en raison de la longue durée de la traversée digestive. Les malades se lassent, le temps manque, mais aussi des séances trop prolongées peuvent devenir nuisibles.

Le cæcum commence à apparaître 4 à 6 heures après le repas bismuthé; un premier examen devrait alors être pratiqué pour vérifier si la traversée de l'intestin grêle est normale, s'il n'existe pas un obstacle sur les dernières portions de l'iléon, une sténose de la valvule iléo-cæcale.

Dans la suite, le cæcum s'emplit progressivement, et, vers la septième heure, on voit d'habitude son ombre et celle du côlon ascendant jusqu'à l'angle sous-hépatique.

A la dixième heure, le côlon transverse est rempli et, au bout de douze heures, apparaît ordinairement l'image totale du gros intestin.

Dès ce moment, l'ombre diminue dans les portions initiales du côlon, pour apparaître plus large dans ses parties terminales, surtout au niveau de l'ampoule rectale qui se dilate considérablement.

Le cæcum reste cependant fort longtemps visible : Hertz pense que de petites parcelles de bismuth demeurent attachées à la muqueuse, mais qu'en réalité le contenu de l'intestin a progressé plus avant.

La plupart des auteurs considèrent cette stagnation

cæcale comme habituelle et à peu près normale lorsqu'elle ne se prolonge pas au delà de 24 heures (Stierlin).

Pour avoir, dans de telles conditions, des renseignements suffisants, le malade est examiné le lendemain matin du repas bismuthé. Il faut prendre soin de le placer dans les mêmes conditions d'alimentation que de coutume et lui recommander de n'absorber aucune nourriture, pas même liquide, le matin de l'examen. Les repas, en effet, excitent les mouvements de l'intestin.

Le malade est exploré d'abord dans la station verticale, ensuite dans le décubitus dorsal, puis latéral.

Position debout

Une vue d'ensemble de l'intestin montre le côlon transverse en forme de guirlande dont le point déclive est plus ou moins rapproché du pubis; à ses deux extrémités, les angles hépatique et splénique d'aspect bien différent. Alors que celui-ci est haut situé, très aigu, celui-là, tassé pour ainsi dire sur lui-même, donne une ombre large dépassant de peu la crête iliaque.

Du côté du cæcum, on note tout d'abord la modification de forme. Normalement, l'ombre cæcale est large de deux travers de doigt environ et se continue régulièrement avec celle du côlon ascendant. Cependant, elle présente moins d'étranglements que celle des autres parties du gros intestin.

Lorsque le cæcum est dilaté, l'ombre apparaît élargie (4 travers de doigt); mais, en outre, régulière, sans échancre (De Quervain), en forme de saucisse (Schwarz).

Son siège est variable; en cas de ptose, on voit le fond

du cæcum dépasser le rebord du petit bassin dans lequel il plonge, se mettant au contact de l'anse sigmoïde lorsqu'elle est apparente.

En faisant exécuter au malade de fortes inspirations, le cæcum s'abaisse de deux centimètres au moins. S'il n'en est pas ainsi, dit Hertz, on pourra « diagnostiquer avec certitude la présence d'adhérences pérityphliques ».

La palpation de la région sous l'écran permet de se rendre compte du point précis de l'intestin qui répond à la douleur provoquée.

Mais surtout elle montre la mobilité du cæcum, qui peut être déplacé vers la ligne médiane ou vers le rebord costal.

On voit aussi dans quelle mesure la main déplisse l'angle sous-hépatique, remonte le côlon transverse.

Evidemment, dans de telles conditions, la pression développée sur l'abdomen est anormale. Elle varie suivant la force de l'observateur, la résistance musculaire du sujet, l'épaisseur de sa paroi, toutes conditions qui influent sur le déplacement obtenu.

Aussi est-il préférable d'apprécier la mobilité cæco-colique en changeant la position du malade.

Le Décubitus dorsal

Le sujet est étendu horizontalement sur la table d'examen, mais celle-ci pourra être placée en déclive, suivant les besoins.

L'angle sous-hépatique s'est élevé, mais surtout ses deux branches se sont ouvertes.

Au cas d'adhérences, cet écart n'est plus obtenu. La

palpation elle-même n'arrive pas à séparer les deux segments accolés en « canon de fusil ».

L'ombre cæcale s'élargit et s'élève; son fond remonte dans la fosse iliaque. Cette ascension du cæcum est normale, mais alors ne se fait pas dans une grande étendue.

Le déplacement vers la ligne médiane est plus anormal, et, pour l'apprécier, il faut faire coucher le malade de champ sur l'épine iliaque gauche.

Le Décubitus latéral

Pour Schwarz, le cæcum normal ne se déplace guère de plus d'un centimètre vers la ligne médiane. Lorsque ce chiffre est dépassé, il y aurait mobilité cæco-colique anormale.

Tels sont les renseignements que peut fournir la radioscopie dans un premier examen.

Il est utile de le compléter par l'exploration de l'estomac pour vérifier la forme, la situation de cet organe et ses connexions avec le côlon.

Examen de l'évacuation intestinale

Il doit être pratiqué les jours suivants. On a vu dans certains cas l'ombre bismuthée persister, au niveau du cæcum, 48, 72 heures et même davantage. Ceci est caractéristique d'une coudure de l'angle sous-hépatique ou d'une atonie marquée du côlon proximal.

B) VOIE BASSE

Le malade étant couché sur une table spéciale, on lui donne un lavement contenant 100 grammes de bismuth dans un litre d'eau gommée.

On voit sur l'écran se distendre l'ampoule rectale ; puis rapidement se remplit le gros intestin avec léger temps d'arrêt aux angles splénique et hépatique. Dans les conditions normales, un lavement d'un litre arrive au cæcum « en moins d'une minute » (Aubourg).

En injectant plus d'un litre, on voit quelquefois le liquide, après avoir distendu le cæcum, forcer la valvule iléo-cæcale et pénétrer dans le grêle.

L'arrêt prolongé du lavement en un point doit faire songer à une sténose. S'il existe une plicature un peu complexe, le bismuth, cheminant dans ses diverses sinuosités, peut donner une idée de la forme de l'intestin.

Cependant un arrêt seul n'indique pas absolument adhérence, car il peut être dû à un spasme momentané du côlon ; mais, dans ce cas, l'arrêt ne se produit plus lors d'un nouvel examen.

En résumé, la radiologie a, dans l'espèce, une importance capitale.

Les diverses méthodes mises en pratique montrent :

- a) Les modifications de forme et de situation du cæcum ;
- b) La longueur du côlon ascendant (nous verrons l'importance de ce renseignement en étudiant les indications opératoires) ;
- c) Le degré de mobilité du segment cæco-colique ;

d) Les plicatures permanentes de l'angle sous-hépatique;

e) Les adhérences de péricolite; mais ce diagnostic est des plus délicats.

Beclère insiste sur ce fait qu'au cas de mobilité spontanée et provoquée, on peut affirmer qu'il n'y a aucune adhérence. Dans le cas contraire, on a seulement le droit de les soupçonner.

A la Société de Chirurgie, Duval et Roux ont donné comme caractères radiologiques de la péricolite les signes suivants : « Par le lavement bismuthé, il nous a paru que l'on pouvait obtenir des résultats plus importants. Le bismuth s'arrête un temps à l'angle hépatique, le cæco-côlon apparaît boursoufflé, bulleux, barré par des brides que l'on différencie bien nettement des bandes de contracture. Le cæcum est immobile dans les variations de position du corps, mais dans la position debout les incisions par brides s'accroissent. Le côlon double-barrelé se traduit par l'accolement permanent du côlon ascendant et de la partie droite du transverse ».

Je ne saurais discuter les arguments employés par Duval et Roux. Ils donnent la préférence à la radiographie et au lavement bismuthé : nous avons vu dans quelle mesure ces deux méthodes peuvent donner des résultats corrects. Je ne l'ai vu employer que rarement.

Mais il est un fait certain : c'est que l'intestin peut paraître immobile, à cause de l'exagération, nullement pathologique, de ses moyens de fixité normaux.

Parfois aussi, le cæcum demeure immuablement dans le même endroit, en dépit de la palpation et des changements qu'on imprime au sujet. L'opération montre qu'il n'y a ni

ligaments, ni adhérences : c'est un fait dont il est difficile de donner une explication claire.

D'un autre côté, la mobilité anormale du cæcum peut coïncider avec une péricolite bien développée; les examens radiologiques de Aubourg, vérifiés chirurgicalement par Cunéo, les constatations opératoires de mon Maître Delbet sont formelles sur ce point.

Aubourg remarquant, sur certains clichés, au niveau de l'ombre du côlon ascendant, un aspect piqueté, le rapporte à l'existence d'une péricolite. Il y a en ce point des « placards alternativement blancs et noirs », et si cet « aspect en damier » persiste malgré la palpation, on aurait l'image radiologique des voiles membraneux de Jackson. Un cas ainsi diagnostiqué fut vérifié à l'opération par Cunéo, qui a bien voulu me permettre de reproduire cette observation. (*Figure 12*).

Des recherches nouvelles sont nécessaires pour élucider le diagnostic radiologique de péricolite : l'adhérence « en canon de fusil » des deux branches de l'angle sous-hépatique, qu'on ne peut déplisser par la palpation, représente actuellement le résultat le plus précis que puisse donner l'examen aux rayons X pour diagnostiquer la péricolite.

Enfin, l'examen de l'évacuation du côlon proximal, pratiqué à plusieurs reprises, fournit des données d'une grande valeur. Mais la stase bismuthée dans le cæcum ne veut pas dire seulement adhérence péricolique ou coudure sous-hépatique : une simple atonie cæcale suffit à la produire.

Il est intéressant d'étudier cette évacuation avant et après l'opération, comme le fit J.-C. Roux (obs. II) pour en apprécier nettement le résultat.



PÉRICOLITE MEMBRANEUSE

Aspect radiographique d'après un cliché d'AUBOURG

(Obs. CUNÉO)

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de péricolite comporte deux étapes :

D'abord acquérir la certitude qu'aucun organe autre que l'intestin ne peut être le point de départ des troubles observés.

En deuxième lieu, apprécier, si possible, la nature des lésions.

Au début, les malades se plaignent surtout des douleurs qu'elles ressentent.

Il est bien évident qu'après un interrogatoire approfondi, on doit sérieusement examiner le rein, la vésicule biliaire, l'appareil génital chez la femme, avant de fixer son attention sur l'intestin.

Citer les erreurs commises à ce propos serait tracer tout au long le diagnostic, si bien élucidé à l'heure actuelle, de l'appendicite chronique d'avec les affections douloureuses du voisinage.

L'appendicite chronique est le diagnostic auquel on s'ar-

rête actuellement en premier lieu, dès que la cause des douleurs et des troubles digestifs paraît être l'intestin. Et c'est précisément dans les cas où, l'appendice étant enlevé, les symptômes continuent à évoluer, qu'on a pu se demander jusqu'à quel point cet organe avait pu être légitimement incriminé.

Dans le rapport de Silhol, au Congrès de Chirurgie de 1911, on voit que constipation, alternatives de constipation et de diarrhée, fétidité des selles, modifications de l'état général se trouvent englobées dans le cortège des troubles qu'entraîne l'appendice chroniquement enflammé.

L'examen des points douloureux peut-il donner des éléments de diagnostic ?

Pour Jackson, la douleur, dans la véritable appendicite chronique, est souvent rapportée à l'épigastre : il n'en serait jamais de même lors de péricolite. Cependant Isaacs signale la douleur ombilicale comme symptôme fréquent dû à la présence d'un voile membraneux.

Lorsque la douleur, spontanée et provoquée, est nettement localisée dans la région de l'angle colique droit, il est bien évident qu'on ne saurait incriminer l'appendice, à moins qu'on ne se trouve en présence d'un cæcum en position lombaire ou d'un appendice à type remontant.

Enfin, la diffusion de la douleur le long du côlon ascendant entraîne, d'après les auteurs américains, le diagnostic de péricolite; cependant Lenormant, en pareil cas, ne vit à l'intervention aucun voile sur l'intestin.

Mais il en est rarement ainsi : les malades accusent des douleurs plus ou moins précises dans la région du point de Mac-Burney. La constipation, si banale chez les femmes, les modifications de l'état général ne sont pas, au

début, tellement accentuées qu'on doive les rapporter d'emblée à une autre cause qu'à l'appendicite chronique.

C'est surtout dans ces cas à symptomatologie fruste qu'il convient d'explorer, lors de l'intervention, non seulement l'appendice, mais le gros intestin avoisinant.

La stase par coudure iléale (Lane) ne présente pas d'allure clinique très spéciale, hormis la précocité des troubles de l'état général dus à l'auto-intoxication. Le diagnostic ne saurait guère être fait en dehors de l'examen radiologique qui montre une expansion anormale de l'ombre projetée par l'extrémité de l'iléon cinq heures après un repas bismuthé. Il peut y avoir, d'ailleurs, chez le même sujet, coïncidence d'une coudure de Lane et d'un voile de péricolite.

Un *néoplasme colique* au début peut se traduire par des accidents de petite occlusion : or, des crises de sub-obstruction colique témoignent souvent, d'après Duval, de la stricture de l'angle hépatique. Chez les jeunes sujets (et ce sont eux qui, d'habitude, présentent des signes de péricolite), il n'y a pas lieu de discuter un tel diagnostic. Mais à partir d'un certain âge, l'erreur peut être commise. Il en fut ainsi dans l'observation de Delore et Alamartine qui, croyant opérer un cancer, se trouvèrent en présence de simple péricolite.

Ces causes d'erreur étant éliminées, il convient de se demander à quel syndrome doivent être rapportés les troubles cæco-coliques présentés par la malade.

Duval et Roux ont donné à la Société de Chirurgie les caractères différentiels suivants :

« *Le cæcum mobile* est caractérisé par des crises douloureuses de distension cæcale provoquées souvent par un

simple changement de position ou par des fermentations excessives dans le cæcum; la palpation, suivant les règles de Hausmann, montre la mobilité même du cæco-côlon dans le décubitus latéral gauche.

« *La péricolite membraneuse*, au contraire, présente un cæcum immobile moins distendu. La douleur est continue, diffuse sur le côlon droit, son point maximum est non pas à l'appendice, mais à l'angle hépatique, et de petites crises de sub-obstruction colique témoignent souvent, ou de la stricture de l'angle hépatique, ou du côlon « double-barreled ».

« *La typhlectasie atonique* est certes moins nette au point de vue clinique, mais la plus nette au point de vue radiographique.

« *La cæco-typhlite chronique* enfin présente tous les caractères exagérés de la diarrhée cæcale avec putréfaction, des poussées de fièvre légère, et un état général rapidement inquiétant ».

Dans la discussion qui suivit, mon Maître Pierre Delbet montra combien cet exposé, clair et concis, était schématique.

Les crises de sub-obstruction colique sont toutes aussi caractéristiques du cæcum mobile que de la péricolite membraneuse. Une malade du service qui présentait ces signes avec une netteté frappante, n'avait qu'un cæcum ptosé dans le petit bassin; il n'existait sur son intestin aucune trace de voile membraneux.

D'ailleurs, Delbet, Cunéo ont cité des cas où il y avait coïncidence de voile péricolique et de cæcum anormalement mobile.

L'examen radiologique, lui-même, ne saurait établir des

distinctions précises entre ces différents syndromes. L'arrêt du lavement bismuthé au niveau des angles splénique et sous-hépatique est un phénomène constant; il s'agit seulement d'une question de durée qui n'est pas précisée dans les observations.

L'aspect radiographique de la typhlectasie atonique où « le cæcum dilaté, prolabé est rapidement rempli de bismuth, rempli comme un sac inerte, à contours immuables, sans contraction, sans modification de leurs lignes », appartient également au cæcum mobile et à la péricolite, lorsque, au stade pathologique de ces affections, la tunique musculaire du cæcum a perdu sa tonicité.

L'état fragmenté, tomenteux du bismuth dans le cæcum, considéré par H. Beclère comme signe radiographique de la typhlocolite, est donné par Aubourg comme caractéristique de la péricolite; de nouvelles précisions sont à rechercher sur ce point.

Enfin, l'étude clinique montre que, dans tous ces syndromes, il existe, à un moment donné, des signes communs de typhlocolite chronique plus ou moins accentués.

Si bien qu'en dehors de la striction de l'angle sous-hépatique, de l'accolement en « canon de fusil » très nettement décelable à l'examen radioscopique, il n'existe guère, croyons-nous, de signes différentiels bien nets entre les syndromes isolés par Duval et Roux, surtout au stade auquel les malades ont coutume de se présenter au chirurgien.

D'ailleurs, la discussion pathogénique et le résultat des opérations tentées montrent clairement combien il est difficile de rattacher à une modification anatomique précise la cause des troubles cæco-coliques observés.

CHAPITRE V

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Dans les cas graves, le pronostic de la péricolite est en raison directe de la gravité des phénomènes de typhlo-colite et de stase intestinale qui se font au niveau du cæcum ; les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre de tracer avec certitude l'évolution ultérieure de la maladie.

Le plus souvent ces malades, qui ont des troubles digestifs s'aggravant continuellement, présentent un état complexe dans lequel interviennent la neurasthénie, les phénomènes de dénutrition, l'intoxication intestinale.

Ils sont constamment inquiets du fonctionnement de leur intestin et s'irritent de voir les régimes et les médications ne procurer à leurs douleurs que des améliorations passagères.

L'influence des lésions du tube digestif sur le système nerveux est à l'heure actuelle bien élucidée ; chez certains

Sujets prédisposés, ces troubles peuvent être si graves qu'une intervention chirurgicale apparaît comme nécessaire.

De tels malades ont un caractère maussade et deviennent désagréables pour leur entourage. S'ils ont une occupation, ils ne peuvent en assumer les charges.

Mais en outre, comme nous l'avons vu, certains arrivent à restreindre volontairement leur alimentation, de peur d'aggraver leurs douleurs. De là cet amaigrissement qui atteint parfois des degrés tellement prononcés que, chez des personnes un peu âgées, on a pu songer au cancer.

L'intoxication intestinale se traduit par la fétidité de l'haleine, la teinte jaunâtre des téguments, les migraines, les vertiges, malaises qui contribuent encore à rendre à ces malades l'existence intolérable et à augmenter leur état de dépression et de neurasthénie.

Ces phénomènes ne s'observent que dans les formes prolongées de l'affection.

Mais l'évolution de la maladie peut-elle être troublée par certaines complications ?

L'appendicite apparaît certainement comme la plus fréquente. Le diverticule appendiculaire reste indemne dans nombre de cas de péricolite; mais il demeure vraisemblable que la maladie puisse favoriser son infection. Nous avons vu la fréquence des adhérences appendiculaires congénitales pouvant coïncider avec un voile membraneux; aussi Lane insistait-il sur le rôle d'une coudure dans la pathogénie de l'appendicite.

Les relations entre l'affection appendiculaire et les états intestinaux sont suffisamment connues pour ne pas avoir à insister sur ce point.

A côté de cela, on peut se demander jusqu'à quel point une typhlocolite chronique ne saurait se compliquer d'accidents aigus : ceux-ci aboutissent, dans quelques cas, à la *perforation du cæcum*. Les observations de Southam, Kelly et Hurdon, Mac-Murtry, Jordan, Ewans, Sick, auxquelles Lejars en ajoute de personnelles, et, plus récemment, le cas de Barnes, apportent une preuve indiscutable de ce processus aigu. Sur 18.000 autopsies, Einhorn relate 100 cas de péritonite par perforation, dont 91 relèvent de l'appendice, mais 9 proviennent du seul cæcum.

Mais leur relation avec une lésion intestinale chronique préalable n'a pas été mise en évidence.

Pour Quenu et Duval, d'autre part, la stagnation du contenu intestinal dans le cæcum prédispose dans certains cas à l'apparition d'*ulcères*, point de départ d'adhérences et peut-être de péritonite par perforation.

Enfin, dans quelques cas, on ne peut dénier que certains de ces malades ne puissent, à un moment, présenter de l'*occlusion intestinale* vraie.

Ainsi, à côté des observations de J.-C. Roux, où l'existence de péricolite membraneuse entraîne la simple constipation, à côté de celles de Jackson, Crossen, Cotte où les malades présentent, en sus, des réactions de colite, on voit dans les observations de P. Duval, de Delore et Almartine apparaître des arrêts passagers des matières et des gaz traduisant déjà des phénomènes de petite occlusion.

Il semble logique de rapprocher de ces cas ceux où l'intervention en période d'occlusion confirmée montre simplement au chirurgien des adhérences peu étendues qui, à elles seules, paraîtraient incapables de produire l'arrêt

de la circulation intestinale s'il n'était venu s'ajouter, en amont, des modifications de la structure de l'intestin.

Mais dans la plupart des observations, ce n'est pas la crainte des complications qui pousse le chirurgien à intervenir : ce sont les altérations de l'état général qui rendent à ces malades la vie insupportable et les obligent à réclamer eux-mêmes une intervention radicale.

CHAPITRE VI

INDICATIONS OPÉRATOIRES ET TRAITEMENT

Les premières interventions tentées contre la péricolite membraneuse n'ont été qu'un deuxième temps opératoire : une appendicectomie préalable ayant échoué, le chirurgien, devant la persistance des douleurs et des troubles digestifs, avait dû pratiquer une opération itérative.

A l'heure actuelle, la pathogénie des troubles cæco-coliques est beaucoup mieux élucidée. L'appendicite chronique n'occupe plus la place prépondérante qu'on lui avait attribuée ces dernières années dans la genèse des troubles douloureux de la fosse iliaque droite.

Sans tomber dans la schématisation absolue, on peut, après étude attentive des observations publiées, dire que le chirurgien est appelé à intervenir dans les conditions suivantes :

1° Il s'agit d'abord de malades jeunes, appartenant au sexe féminin le plus souvent, qui ressentent des douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Les troubles digestifs sont peu accusés : périodes de constipation entrecoupées parfois de crises diarrhéiques. Ces formes cliniques correspondent à nombre d'observations publiées surtout en Amérique (Isaacs, Connell, etc.).

2° Ce sont ensuite des adultes ayant dépassé la trentaine, accusant dans leurs antécédents des crises douloureuses, analogues aux précédentes. Mais les périodes de diarrhée avec évacuation de mucus traduisent des phénomènes de typhlocolite plus accentués. Chez ces malades, le traitement médical n'améliore que peu et de façon passagère les troubles digestifs. L'auto-intoxication se révèle progressivement, entraînant le cortège des symptômes généraux que nous avons déjà signalés.

Les observations présentées par les auteurs français appartiennent plutôt à ce groupement clinique.

Les modifications de l'état général doivent surtout entrer en ligne de compte dans les indications opératoires. Cunéo leur donne à juste titre une importance primordiale.

Quelle que soit la forme clinique observée, nous avons vu combien il est difficile de rattacher les symptômes pathologique à une modification anatomique du gros intestin.

L'examen radiographique qui doit toujours être pratiqué, donne quelques renseignements précieux au point de vue opératoire :

Situation du cæcum et son degré de mobilité.

Longueur du côlon ascendant.

Situation et degré de fermeture de l'angle sous-hépatique.

Enfin, l'étude de la traversée digestive confirme les données de l'examen clinique : les altérations sont limitées au côlon droit.

Dans ces conditions, le chirurgien, lors de l'opération, doit faire une *incision suffisamment grande* qui lui permette d'explorer la fin de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant et l'angle sous-hépatique.

Le professeur Delbet se contente d'agrandir vers le haut l'incision de Jalaguier, qu'il a adoptée pour toutes ses appendicectomies.

Pierre Duval préconise « la grande incision oblique que Bakes a recommandée pour la résection iléo-cæcale et qu'il a adoptée comme la meilleure pour toute la chirurgie du côlon droit et la moins mutilante pour la paroi ».

L'exploration du côlon droit révèle-t-elle un voile de péricolite d'étendue variable ?

L'opération simple par excellence consiste dans la libération du côlon par section ou résection de la membrane. Les nombreux échecs enregistrés ont amené les chirurgiens à pratiquer des opérations de plus en plus complexes ; aux tentatives de chirurgie restauratrice ont succédé des méthodes d'anastomose puis de résection.

Voyons d'abord les techniques employées et les résultats obtenus avant de préciser le choix d'une méthode.

1^o LIBÉRATION DES ADHÉRENCES

C'est le traitement préconisé par Jackson dans son premier article : le voile est incisé immédiatement en dehors

du côlon, puis détaché de la face antérieure de l'intestin. L'hémostase est faite ensuite avec beaucoup de soins et l'abdomen refermé.

Cette simple intervention lui donnerait des résultats excellents, soit 75 % de guérisons immédiates et durables. Jackson ne craint nullement la reproduction d'adhérences, et chez deux opérées revues six mois et un an après l'opération, la membrane ne s'était pas reconstituée.

Potherat avait eu recours à une opération analogue en 1906 dans un cas de péricolite sténosante adhésive; six mois après l'opération, la malade demeurait guérie.

En 1910, Pierre Duval pratique chez trois malades la section des adhérences avec de très bons résultats. Il est vrai que ses observations ne correspondent pas du tout aux cas typiques de péricolite membraneuse. Il s'agissait de brides cicatricielles en relation avec des affections inflammatoires de voisinage.

A la suite des observations de Duval, J.-C. Roux rapporte deux cas personnels où la libération de l'intestin fut suivie d'une amélioration immédiate. Elle persistait après quatre mois chez sa première malade. Cependant, la deuxième n'obtint qu'un bénéfice passager d'une opération pratiquée par Delagenière, au cours de laquelle l'appendice avait été enlevé, puis les adhérences sectionnées. Un an et demi plus tard, tous les malaises étaient de nouveau apparus. A la deuxième intervention, Delagenière constata que les adhérences précédemment rompues ne s'étaient pas reproduites, mais qu'il en existait d'autres sus-jacentes, dans la région de l'angle colique droit. Leur destruction fut suivie d'une péritonisation soigneuse des surfaces cruentées. Quelques mois après, Roux compara la durée

de la traversée digestive à ce qu'elle était avant l'opération, et trouva une amélioration notable dans l'évacuation des matières. Le résultat fonctionnel était donc satisfaisant.

Récemment, Lambret, à la Société de Chirurgie, se déclare satisfait de la section des membranes de Jackson et des brides de l'angle hépatique. Sur 12 sections simples, il note 8 guérisons; « les 4 autres cas ont été nettement améliorés, mais il persiste encore une certaine sensibilité et surtout les malades, toutes des femmes, sont sujettes de temps à autre à des crises de distension brusque avec sensation de ballonnement tout à fait caractéristique ».

Mais la plupart des opérateurs obtiennent de moins bons résultats par cette simple libération du côlon.

Les trois opérés de Crossen continuent à accuser des douleurs après leur opération.

Il en est de même dans les observations I, II, III, IV, de Isaacs, où il s'agissait de femmes de 19, 21 et 16 ans, chez lesquelles avait été pratiquée la section de la membrane. Deux autres femmes de 25 et 32 ans ont été améliorées, mais les douleurs et la constipation persistent également.

Pauchet, Mauclaire ont observé dans des conditions analogues une récurrence rapide.

La persistance des douleurs et des troubles digestifs est ordinairement attribuée à la reproduction des adhérences.

Aussi, J.-M. Flint se contente-t-il de sectionner la membrane le long du bord externe du côlon, car la dénudation de la face antérieure de l'intestin, qui se produit après arrachement du voile, facilite les adhérences post-opératoires.

Lockart-Mummery pratique après section du voile une péritonisation soigneuse des surfaces cruentées : il prélève au besoin dans le voisinage un petit lambeau péritonéal qu'il applique sur la surface dépéritonisée. Il évite, en outre, dans la mesure du possible, toutes les manœuvres opératoires capables de traumatiser la séreuse et de faciliter la production d'adhérences.

Mayo, à propos de la section du repli iléal de Lane, recommande d'enduire les surfaces dépéritonisées de vaseline stérilisée.

Pour éviter la dénudation péritonéale, qui suit la section de la membrane, Pauchet pense qu'il est très simple de fixer le cæcum et le côlon en avant de la brèche opératoire : à la péritonisation s'ajoutent ainsi les avantages d'une fixation.

Un autre procédé curieux a été employé par Connell : il incise le voile de long du côlon, mais il ne le détache pas de l'intestin. Après avoir tordu la membrane sur elle-même, il la fixe au péritoine pariétal antérieur : ce procédé de suspension de la membrane, pratiqué 8 fois, lui aurait donné de bons résultats. Mais il est le seul à l'avoir employé.

Que faut-il conclure des guérisons et des récidives obtenues par ces divers procédés de libération des adhérences ?

Dans les cas suivis de guérison, l'appendice avait été en même temps enlevé : or, la simple ablation de l'appendice donne, dans certains cas, des guérisons parfaites. Ce sont là des faits bien connus à l'heure actuelle, basés sur de nombreuses statistiques.

Il est vraisemblable que la section d'un voile, formation

anatomique congénitale, n'avait rien ajouté aux résultats heureux de l'appendicectomie.

Les récidives relèvent de deux facteurs.

Chez un premier groupe d'opérés, on n'avait nullement agi sur la mobilité ou la dilatation cæcale qui, dans quelques cas, sont responsables des troubles survenus.

Ces opérations complémentaires (*cæcoplicature* et *cæcofixation*) ont été pratiquées par Delbet, Cunéo, Lenormant, avec d'excellents résultats. Jackson lui-même les préconise.

Mais, le plus souvent, la récidive tient à ce fait qu'on intervient sur des côlons profondément altérés par une inflammation chronique. On agit sur le voile plus ou moins modifié, mais les altérations graves de la tunique musculaire et de la muqueuse ne sont pas influencées. Non seulement douleurs et troubles digestifs persisteront, mais les altérations péritonéales se reproduisent et même sont parfois aggravées.

C'est un point sur lequel insistent Cotte, Lardennois : « Seules, dit ce dernier, les brides mortes peuvent être sectionnées avec profit. »

Et Pierre Duval, dans son exposé à la Société de Chirurgie (mai 1914), signale dans 6 cas de libération d'adhérences une amélioration passagère bientôt disparue : ce sont des « échecs nets » ou « de mauvais résultats ».

Chez tous les malades de cet ordre, les modifications du côlon et du péritoine avoisinant sont telles que toute chirurgie restauratrice est vouée d'avance à des résultats défectueux.

Des considérations de cet ordre ont poussé Hofmeister,

Delore et Alamartine, Cotte, à employer d'emblée des méthodes de dérivation avec ou sans exclusion du côlon droit.

2° MÉTHODES DE DÉRIVATION

Les procédés de dérivation des matières qui ont été mises en pratique sont nombreux, mais de valeur fort contestable :

a) *L'anastomose simple latéro-latérale de l'iléon avec le côlon transverse* (opération de Maisonneuve) est, à l'heure actuelle, complètement abandonnée, l'expérience montrant que les matières continuent à suivre leur parcours habituel ;

b) *La typhlo-transversostomie* a été préconisée par Hofmeister : pour lui, l'avantage de cette technique réside dans la conservation de la valvule de Bauhin. Dans 21 cas, où il a pratiqué cette intervention, les résultats immédiats paraissent favorables, mais la destinée ultérieure des malades n'est pas connue.

De Quervain représente que les sutures de gros intestin à gros intestin sont moins commodes à pratiquer et ne semblent pas avoir la rapide solidité des sutures d'intestin grêle à gros intestin.

Mais, surtout dans l'opération d'Hofmeister, les matières doivent encore stagner dans le segment cæcal qu'on se proposait d'exclure : c'est ce que de Quervain a pu constater dans un cas, après examen aux rayons X ;

c) *L'anastomose cæco-colique ascendante* a été employée une fois par Delore et Alamartine avec bons résultats ; elle ne s'applique pas, à coup sûr, aux lésions de

péricolite membraneuse. Duval fait remarquer qu'une anastomose placée en amont de l'angle sous-hépatique est une opération tout à fait illogique ;

d) *L'iléo-transversostomie* : on sectionne le grêle près de sa terminaison et on l'abouche dans le côlon transverse.

On peut sans doute pratiquer une anastomose latéro-latérale, après fermeture de l'iléon. Mais Lane a vu, à la suite d'une iléo-sigmoidostomie faite de la sorte, la dilatation du bout iléal devenir une source de douleurs.

Mieux vaut avoir recours à l'anastomose termino-latérale. Dans ce cas, l'implantation doit porter de préférence au niveau d'une bandelette du côlon transverse.

Cette opération a été effectuée d'abord par Wilms, puis De Quervain; mais la lésion constatée à l'opération était un cæcum mobile pour lequel une cæcopexie préalable n'avait donné aucune amélioration.

Trouvant, lors de l'intervention, une péricolite accentuée, Cotte, en 1910, pratique cette anastomose. Il s'en déclare satisfait, la guérison demeurant parfaite 14 mois après.

Les résultats sont ordinairement moins heureux : dans les observations de Mauclaire, Lambret, l'amélioration ne fut que passagère.

La cause de l'échec de ce type d'anastomose est, à l'heure actuelle, bien connue : il est dû au reflux des matières dans le segment cæco-colique exclu. J'ai pu, chez une opérée de mon Maître Pierre Delbet, suivre sur l'écran radioscopique la progression du contenu intestinal : 8 heures après l'ingestion du repas bismuthé, le cæcum était entièrement rempli, alors qu'une très faible partie du bismuth se voyait dans l'intestin en aval de l'anastomose.

De Quervain cherche à s'opposer au reflux par un artifice opératoire : il rapproche les deux branches de l'angie sous-hépatique du côlon par une série de fils passés dans le mésentère. Il espère que l'éperon ainsi constitué barrera la route aux matières, sans toutefois empêcher les sécrétions du cæcum de passer dans le côlon. Dans deux cas, il aurait obtenu des résultats favorables.

Cette angulation artificielle de la flexure hépatique semble bien inutile au cas de péricolite ; les lésions contre lesquelles on intervient sont précisément de cet ordre.

Le reflux étant à peu près inévitable dans ce type d'anastomose, l'emploi doit en être condamné ;

e) D'autres procédés anastomotiques plus ou moins complexes ont été proposés : *iléo-sigmoïdostomie* (Lane), *cæco-sigmoïdostomie simple* (Yeomans), *cæco-sigmoïdostomie en Y* (Lardennois et Okynczic).

En ce qui concerne le sujet qui nous occupe (altérations du côlon droit en rapport avec un voile de péricolite), ces opérations sont tout à fait disproportionnées au résultat cherché.

Aussi ne discuterai-je ici ni leurs avantages, ni leurs inconvénients.

D'autant que, lorsqu'il existe des troubles rebelles et persistants, le chirurgien a la ressource d'une intervention simple, bénigne et parfaite : la résection du côlon droit.

3° MÉTHODES DE RÉSECTION

Dans la plupart des cas publiés, la résection représente le dernier temps opératoire pratiqué après échec d'inter-

ventions antérieures, libération d'adhérences, plicatures, fixations, anastomoses.

C'est dans ces conditions que de Quervain, Wilms, Pierre Delbet, Cunéo ont eu recours, au début, à la colectomie partielle. Tous les chirurgiens qui l'ont pratiquée se portent garants de sa simplicité. Les écueils qu'elle comporte sont minimes et ne demandent qu'un peu d'attention.

Nous avons, avec mon Maître Pierre Delbet, réglé sur le cadavre certains détails d'exécution; j'exposerai plus loin cette technique.

Au point de vue théorique, elle semble parfaite. Elle laisse subsister, en effet, un long segment d'intestin dont le rôle dans la digestion ne semble pas inutile : les belles expériences d'Alglave en font foi.

L'inconvénient d'un reflux possible des matières dans le segment iléal dépourvu de sa valvule de Bauhin n'a jamais été signalé.

Mais surtout les résultats de la colectomie droite sont excellents.

Sa facilité d'exécution fait que le pronostic opératoire n'est guère plus grave que pour une simple anastomose. Seul, Mauclaire, qui dut la pratiquer pour ainsi dire *in extremis*, enregistre un cas de mort.

Enfin, les guérisons obtenues par cette intervention sont définitives; la diarrhée, observée parfois après l'opération, est toujours de courte durée.

Il en fut ainsi pour les deux colectomies droites pratiquées par mon Maître Pierre Delbet.

Cunéo l'a exécutée 4 fois avec d'excellents résultats.

A la Société de Chirurgie, Duval, après avoir constaté

l'échec des autres procédés employés dans le traitement de la péricolite membraneuse, s'en déclare le partisan résolu : « L'une de mes observations, dit-il, concerne une péricolite avec, il est vrai, de la typhlilite chronique : ce fut une vraie guérison ».

Pour 8 ablations cæco-coliques, Lambret enregistre 8 succès; « les résultats furent parfaits dès le début et ils persistent. Peut-être y a-t-il encore de temps à autre une tendance à la constipation, mais c'est une constipation qui siège dans la dernière partie du gros intestin et dont les malades viennent facilement à bout par une hygiène alimentaire peu compliquée ».

La colectomie droite représente donc l'opération idéale dans le traitement des altérations du segment cæco-colique lorsqu'on constate à l'opération une péricolite membraneuse accentuée. L'état du côlon sous-jacent (musculature et muqueuse) légitime d'ailleurs une intervention radicale tout autant que la présence d'un voile membraneux plus ou moins modifié.

Mais faut-il, dans tous les cas, l'employer d'emblée comme le préconise Pierre Duval ? Certainement non.

Pour cette catégorie de malades jeunes, chez lesquels les phénomènes de colite sont peu accentués et dont l'état général est bon, on doit s'en tenir à la chirurgie restauratrice : libération de l'intestin, plicature et fixation du segment cæco-colique. La gravité de ces opérations, complémentaires d'une appendicectomie, est nulle ; les résultats, nous l'avons vu, sont souvent très satisfaisants.

Seul, l'allongement du côlon ascendant constaté à la radioscopie et lors de l'intervention, constitue un obstacle

à la fixation : c'est un point important que je ne saurais développer ici.

Par contre, si les malades présentent un état général grave, en rapport avec les altérations sérieuses du côlon droit (et c'est sans doute la catégorie de malades envisagée par Pierre Duval), il vaut mieux d'emblée pratiquer la résection. Mon Maître Cunéo a soutenu également cette opinion à la Société de Chirurgie.

« Néanmoins, dit-il, ces cas graves me paraissent rares. Plus fréquemment, on peut pratiquer la résection après échec des pexies et des plasties pour donner satisfaction à un malade découragé et réclamant lui-même une opération radicale. »

CHAPITRE VII

TECHNIQUE DE LA RÉSECTION DU COLON DROIT

Cette technique, que nous avons réglée sur le cadavre avec le professeur Pierre Delbet, a été exécutée chez deux malades (1).

1^o INCISION DE LA PAROI

Elle prolongera souvent l'incision d'une opération antérieure.

L'incision verticale passant à travers la gaine du droit, le long de son bord externe, donne un jour suffisant. Elle a l'inconvénient de sectionner nombre de nerfs abondant

(1) Les figures, impossibles à reproduire dans les circonstances actuelles, seront publiées ultérieurement.

le muscle en divers points. Il y aurait là de quoi déterminer une atrophie secondaire du muscle, facilitant dans la suite une éventration.

L'incision oblique de Bakes a été adoptée, nous l'avons vu, par Pierre Duval, comme étant la moins mutilante pour la paroi.

L'incision suivante « en crochet » a été pratiquée par nous sur le cadavre : partant à deux travers de doigt de l'extrémité antérieure de la 9^e côte, elle se dirige oblique jusque vers le milieu de la ligne spino-ombilicale. Elle devient alors transversale jusqu'au bord externe de la gaine du droit.

Cette incision suit la direction générale des nerfs de la région et donne un jour convenable.

2° LE DÉCOLLEMENT DU SEGMENT CÆCO-COLIQUE EST AMORCÉ

La terminaison de l'iléon est sectionnée entre deux clans tout près de son abouchement dans le cæcum. Il faut lier aussitôt les deux bouts de l'artère qui suit le bord mésentérique de l'intestin.

La section de l'iléon fait une brèche dans le mésentère : il suffit d'y pénétrer et, de l'index, commencer à décoller le côlon ascendant en se tenant au ras de sa face postérieure. On amorce ainsi le décollement du gros intestin et de la lame vasculaire qui contient les branches des artères coliques,

3° LIBÉRATION DU BORD EXTERNE DU COLON ASCENDANT

A mesure que le décollement progresse, on coupe en dehors, avec les ciseaux, le point de réflexion du péritoine pariétal sur le côlon ascendant.

Le bord externe du côlon se trouve ainsi libéré jusqu'à l'angle sous-hépatique.

4° LIBÉRATION DE LA LAME VASCULAIRE

Le décollement se poursuit en dedans du côlon ascendant et libère la lame vasculaire qui contient les artères coliques. On rétablit ainsi la disposition de l'intestin primitif, suspendu à son mésentère.

A mesure qu'on progresse, l'index doit être maintenu le plus près possible du péritoine. Après avoir, en effet, découvert le pôle inférieur du rein, on arrive au bord externe de la deuxième portion du duodénum; il faut alors un peu d'attention pour ne pas s'engager en arrière du duodénum. Cet incident fut remarqué lors d'opérations sur le cadavre. Chez une de nos malades, les doigts s'engageaient légèrement en arrière du duodénum. On n'eut qu'à se reporter en avant pour terminer la libération de la lame vasculaire,

5° SECTION DES LIGAMENTS DE L'ANGLE SOUS-HÉPATIQUE

Il ne faut pas tenter de sectionner ces ligaments de la superficie vers la profondeur. Ils sont souvent épaissis, de disposition irrégulière; l'angle du côlon chez une de nos malades, était tout près du rebord du foie, auquel il semblait adhérer.

La manœuvre suivante rend très facile cette section : l'index de la main gauche, face palmaire en avant, suit la face postérieure de l'intestin jusqu'au moment où on atteint les ligaments de l'angle hépatique. A ce moment, l'index charge les ligaments que l'on coupe dès lors avec facilité au ras de l'intestin.

6° SECTION DE LA LAME VASCULAIRE

Le péritoine est sectionné à quelque distance du bord gauche du côlon (2 à 3 cm.). En se tenant trop près de ce bord, on risque de couper les arcades vasculaires anastomotiques : de là, l'emploi de nombreuses pinces qui encombrant le champ opératoire.

A quelque distance, au contraire, il suffit ordinairement de lier 3 pédicules principaux :

- L'artère colique gauche inférieure (iléo-colique);
- L'artère colique gauche supérieure;
- L'arcade anastomotique qui suit le côlon transverse,

Il ne reste dès lors qu'à sectionner le côlon transverse entre deux clans à 4 travers de doigts environ de l'angle sous-hépatique; puis on ferme son bout distal.

L'iléon est finalement implanté (anastomose termino-latérale) dans le transverse, au niveau d'une bandelette.

L'opération se termine par la péritonisation des surfaces cruentées et par la fermeture de l'abdomen sans drainage.

CONCLUSIONS

I. La péricolite membraneuse (Jackson) a été décrite comme une affection particulière comprenant :

a) Une lésion bien définie : le voile séreux ;

b) Un ensemble de symptômes caractéristiques, véritable syndrome permettant de faire le diagnostic de la maladie ;

c) Un traitement spécial : la résection de la membrane, capable d'entraîner la guérison définitive.

II. Le voile séreux, mince et vascularisé, dont on peut distinguer plusieurs types, tapisse tout ou partie du côlon droit, depuis le cæcum jusqu'à l'angle sous-hépatique.

Il se trouve parfois en connexion avec le bord droit du grand épiploon.

Dans les cas avancés, il est altéré par la présence de tractus cicatriciels qui peuvent modifier le calibre de l'intestin, soit par striction directe, soit en resserrant la flexure hépatique dont ils accablent les deux branches en « canon de fusil ».

III. L'étude pathogénique montre de manière évidente que la péricolite membraneuse n'est qu'une formation anatomique. Ses divers types peuvent être retrouvés chez le

nouveau-né et chez l'adulte à l'état de développement parfait : tous représentent des reliquats du diverticule épiploïque droit de l'embryon (théorie congénitale).

Mais, dans tous les cas, le voile séreux ne saurait déterminer, par sa seule présence, la plupart des lésions ou des symptômes qui caractérisent l'affection.

Ces phénomènes relèvent d'une colite segmentaire chronique (théorie inflammatoire), dont l'apparition est favorisée sans doute par une disposition anatomique spéciale du côlon droit (présence d'un voile membraneux, allongement du côlon ascendant, mobilité cæco-colique anormale).

L'inflammation chronique à point de départ intestinal retentit à la longue sur la membrane péricolique, dont elle altère la texture (vascularisation anormale, brides cicatricielles).

IV. Les divers éléments du syndrome : douleurs, constipation entrecoupée de crises diarrhéiques, présence de mucus dans les selles, relèvent de la typhlocolite concomitante.

La douleur localisée à l'angle sous-hépatique, les crises de subobstruction colique qu'on a décrites comme particulières à la péricolite se rencontrent dans certains cas de cæcum mobile ou de typhlocolite en dehors de la présence de tout voile séreux.

Le diagnostic radiologique de la péricolite n'est pas encore précisé ; seul, l'accolement fixe des deux branches de l'angle hépatique « en canon de fusil » est caractéristique, mais ne s'observe qu'exceptionnellement.

V. En raison des difficultés du diagnostic le chirurgien, lors d'une intervention, doit pratiquer une large incision qui lui permette de vérifier l'état anatomique de tout le côlon droit.

La simple libération des adhérences donne des échecs presque constants.

La section du voile complétée, dans tous les cas, par une plicature et une fixation cæco-colique peut, au début, amener la guérison.

Si ce traitement simple échoue, on ne doit pas recourir aux anastomoses dont le résultat est toujours défectueux mais à la résection du côlon droit, opération réglée, facile, bénigne, donnant toujours des guérisons parfaites.

Cette opération radicale est justifiée moins par la présence d'un voile altéré que par les lésions graves du côlon sous-jacent.

Lorsque l'état général des malades est franchement défectueux, il sera préférable d'employer, d'emblée, la *résection*.

Vu :

Nancy, le 23 Janvier 1915.

Le Président de la Thèse :

WEISS.

Vu :

Nancy, le 23 Janvier 1915.

Le Doyen :

E. MEYER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Nancy, le 28 Janvier 1915.

Le Recteur de l'Académie :

CH. ADAM,

Membre de l'Institut

Les Observations et la Bibliographie seront publiées dans un ouvrage qui paraîtra ultérieurement dans les *Annales* de la clinique du Professeur Pierre DELBET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie pathologique . . .	9
CHAPITRE II. — Pathogénie.	31
CHAPITRE III. — Symptomatologie	55
CHAPITRE IV. — Diagnostic	77
CHAPITRE V. — Evolution et Pronostic.	83
CHAPITRE VI. — Indications opératoires et Traitement	87
CHAPITRE VII. — Technique de la résection du côlon droit	101
CONCLUSIONS	107

TABLE DES FIGURES

<i>Figure 1</i> (hors texte)	
<i>Figure 2.</i>	18
<i>Figure 3.</i>	32
<i>Figure 4.</i>	34
<i>Figure 5.</i>	36
<i>Figure 6.</i>	38
<i>Figure 7.</i>	40
<i>Figure 8.</i>	42
<i>Figure 9.</i>	44
<i>Figure 10.</i>	46
<i>Figure 11.</i>	48
<i>Figure 12</i> (hors texte).	

Imprimerie BARBIER,
Quai Choiseul, Nancy
